

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200276106 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P3,4,10,11,12,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DO IML Nº 0285/2019/IML/RR

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 05 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276106

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALMIR PEREIRA GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200276106 Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 25/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALMIR PEREIRA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com a narrativa detalhada do acidente, pois o entregue não esclarece como o acidente ocorreu.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200276106

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALMIR PEREIRA GOMES

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: VALMIR PEREIRA GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 00000522-3

Conta: 000000021551-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 580.844.362-87 Nome completo da vítima: JALMIR PEREIRA GOMES

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

Nome completo: JALMIR PEREIRA GOMES CPF: 580.844.362-87
Profissão: AGRICULTOR Endereço: VIA, 02, KM 3,5 VILA REISLANDIA Número: 514 Complemento: _____
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALTO ALEGRE Estado: RR CEP: 69350-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 95 5842-2235

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 522 3 CONTA: 0021551 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, ALTO ALEGRE, RR 15/07/20
Nome: JALMIR PEREIRA GOMES
CPF: 580.844.362-87

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valmís Pereira Gomes
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: WENISON L. VIANA
CPF: 819.901.702-34
Wenison L. Viana
Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a senha de 6 dígitos para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.

0000-0000



6504 9156 5220 9104

VÁL. 03/24

03/24

VALMIR PEREIRA GOMES

elo

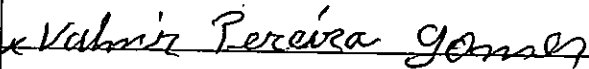


ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE ALTO ALEGRE

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

REGISTRO Nº 626/2018		Hora: 08H36Min		Data: 28 de Setembro de 2018	
DADOS DO (A) COMUNICANTE:					
Nome: VALMIR PEREIRA GOMES					
Nacionalidade: BRASILEIRA		Estado Civil: SOLTEIRO		PROFISSÃO: AGRICULTOR	
Nome do Pai: RAIMUNDO PERIRA GOMES					
Nome da Mãe: MARIA MARTINS GOMES					
Identidade: 3218917 SSP/RR					
Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Sexo: MASCULINO		CPF: 580.844.362-87	
Naturalidade: SÃO JOÃO DO ARAGUAIA-PA		Data de Nascimento: 30/10/1974		Idade: 43 ANOS	
Endereço: RUA PEDRO VIANA, S/Nº					
Bairro: MUTIRÃO		Cidade/UF: ALTO ALEGRE		Telefone: PJ	
DADOS DA OCORRÊNCIA:					
Local do Fato: VILA REISLANDIA - PAREDÃO				BAIRRO: ZONA RURAL	
Cidade: ALTO ALEGRE		Hora: 22:30HORAS		DATA: 25/07/2018	
Objeto: MOTOCICLETA					
DADOS DO AUTOR / SUSPEITO ou VÍTIMA					
Nome: VALMIR PEREIRA GOMES (VÍTIMA)					
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA					
RELATO DO FATO:					
SENHOR DELEGADO, COMPARECEU A ESTE DEPOL O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO PARA NOS COMUNICAR QUE: QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA, VINHA DA VILA REISLANDIA PAREDÃO E SOFREU UM ACIDENTE EM UMA MOTOCICLETA HONDA /NXR160 BROS ESDD, ANO DE FABRICAÇÃO 2015 ANO MODELO 2016 DE COR VERMELHA, PLACA NAQ 4133 E CHASSI 9C2KD0810GR423324 EM NOME DE JOSIMAR MARTINS GOMES E QUE EM TAL ACIDENTE O COMUNICANTE QUEBROU O BRAÇO DIREITO E O MESMO ESTA REGISTRADO ESSE BO PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. ERA O QUE TINHA A COMUNICAR.					
 JOÃO LIVAMAR RODRIGUES PINHO AGT. POLICIAL MATRICULA 42000599			 VALMIR PEREIRA GOMES COMUNICANTE		

DESPACHO DO DELEGADO:

- ☐ Aguarde novos fatos em cartório;
☐ Fato Atípico. Arquive-se;
☐ Encaminhe-se a (o) _____;
☐ Intime-se _____; ☐ Junte-se _____;
☐ Intime-se ☐ Representação da vítima; ☐ OM para SO investigar e relatar em ____ dias; ☐ Aguardar Representação da vítima; ☐ Outros:

Alto Alegre / RR, 28 de Setembro de 2018.

WESLEY COSTA DE OLIVEIRA
DELEGADO TITULAR/DPAA

**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: 2124215

FRANCISCO PEREIRA GOMES

VC 02, S/N, KM 3,5

RURAL

69350000 VILA REISLANDIA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
5528372	01/2019	10-DEC-18 a 10-JAN-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
113	26-JAN-19	R\$ 68,38

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	MÊS	TOTAL A PAGAR
5528372	01/2019	R\$ 68,38

836400000003.683800750005.000000005520.837201190050



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALMIR PEREIRA GOMES

RG nº 564640-5, data de expedição 13/03/19, Órgão SSP/RR

CPF nº 580.844.362-87, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>UIC. 02, VILA REISLANDIA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Km, 3,5</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>ALTO ALÉGRE</u>
Estado	<u>RO RORAIMA</u>
CEP	<u>69350-000</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 58412-2235</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ALTO ALÉGRE, RR 12/07/20

Assinatura do Declarante: Valmir Pereira Gomes

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, JOSIMAR MARTINS GOMES

RG nº 254.358 SSP/RR, data de expedição 11/09/02

Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 002.462.852-22

com domicílio na cidade de ALTO ALEGRE, no Estado de

RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV: BELO HORIZONTE, nº 515

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

VALMIR PEREIRA GOMES, cujo o condutor era

Veículo: MOTO Modelo: BMW Ano: 2016

Placa: NAQ Chassi: 9C2KD08106R423324

Data do Acidente: 25/07/2018

Local e Data: ALTO ALEGRE, RR 13/07/20

Josimar Martins Gomes

Assinatura do Declarante

Valmir Pereira Gomes

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO
ALTO ALEGRE - RR
Rodrigues Martins

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - COMARCA DE ALTO ALEGRE - RR
Av. João XXIII, nº 1.071, Centro - CEP: 69.350-000 Telefone: (68) 3263-1753
Registro Civil de Pessoas Naturais e Jurídicas, Registro de Títulos e Documentos, Registro de Imóveis, Tabelionato de Notas e Protestos

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de:

(1) JOSIMAR MARTINS GOMES; (2) VALMIR PEREIRA GOMES
Alto Alegre/RR, 14 de julho de 2020.

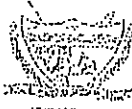
SELO TJRR: REC FIR 15826390M1CDBJ4WBFY2. Data/Hora: 14/07/2020
REC FIR 15826390M1CDBJ4WBFY2. Data/Hora: 14/07/2020
15:43:31. Total: R\$ 0,22. Emolumentos: R\$ 0,12. FECOM: R\$ 0,26.
FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,26. FUNDEJURR: R\$ 0,52. ISS: R\$ 0,26. Selo: R\$ 3,00. Consulte em <https://cidacao.portalsejorrr.com.br>.

ELLEN SOBRAL SANTOS - Escrevente Geral

CARTÓRIO
ALTO ALEGRE - RR
Rodrigues Martins

Ellen Sobral Santos
Escrevente Geral
CARTÓRIO RODRIGUES MARTINS

Josimar Martins Gomes
Auxiliar de Cartório
CARTÓRIO RODRIGUES MARTINS



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Valéria Pereira Gomes

RECEITUÁRIO

Laudo Médico

Paciente Valéria Pereira Gomes com
cotocem (C) de fraturas bilaterais
grave. Residência Tiro Alvega,
Hoje em acompanhamento
ambulatorial para equipe ortó-
pédica. No momento ingressa
deitado na sala de espera
atendendo a solicitação. Submetido a
exame físico.

DATA

20/09/18

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19171/RP

Assinado digitalmente

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 630 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.408/0001-00

RECEITUÁRIO

NOME: VALMIR PEREIRA LOMAS 44°

Declarar

Declaro para os devidos fins que o mesmo
está recebendo o tratamento fisioterapêutico
e para melhores de não deixar, deves
há uma rotina de exercícios diários,
faz também colocando um cinto de
suporte, assim como de evitar os movimen-
tos de estirar diário, evitando
soluções ruins.

Não deixar,

DATA: 26/11/2018


Assinatura e Carimbo

Avenida JOAO XXIII, Alto Alegre- RR, CEP 69350-000



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGENCIAS
SAMU 192 / RORAIMA



Unidade: Barro Alto Alegre FICHA DE ATENDIMENTO
Equipe: Tec. Jéssica / Nivaldo José Antonio
Paciente: VALMIR PEREIRA GOMES Idade: 43 Sexo: M
Endereço: VICINAL 2 VILA RESPLANATA ALTO ALEGRE
Ponto de referência:

Nº 11882 DATA 25/07/18 HORA DO AÇIONAMENTO: 00:13
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Faliano HORA CHEGADA NA UNIDADE: 08:48
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA
AUTOMÓVEL
☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro
AUTOMÓVEL
☐ Uso do cinto
☐ Vítima projetada
☐ Vítima encarcerada
☐ Air Bag
MOTO/BICICLETA
☐ Acidente com moto X
☒ Queda de moto
☐ Bicicleta
☐ queda de Bicicleta
Violência
☐ FAB
☐ FAF
☐ Espancamento Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:
OUTROS
☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstica
☐ Queimadura Agente
☐ Agressão p/ animal
☐ Outros:

AVILIAÇÃO INICIAL
Vias Aéreas
☐ Dispneia ☐ Bradpneia
☐ Taquipneia
☐ Resp. Ruidosa
☐ Obstruída
☐ Apneia
☐ Eupneico
Ventilação
☐ M.V. Diminuído
☐ M.V. Ausente
☐ Hipertimpanismo
☐ Maciez
☐ Ferida Aspirativa
Circulação
☐ Bradicardia
☐ Taquicardia
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar acima de 2"
☐ Ausente (Assistolia)
Aval. Neurológica
☐ AVDN ☐ DNV
☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria
☐ Otorrêa
☐ Otorragia
☐ Rinorragia
☐ Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES
Hora P.A mm/hg F.C bpm F.R Mpm Sat O₂ % T. °C Esc. visual anal. EVA "DOR" Glicemia Trauma APGAR
Início 13x90 75 23 97
Fim X

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA
Pele
☒ Corada
☐ Quente
☐ Pálida
☐ Fria
☐ Úmida ☐ Seca
☐ Cianótica
Cabeça
☐ Contusão
☐ Escoriação
☐ Laceração
☐ Hematoma
☐ Afundamento
☐ Fer. Penetrante
Face
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Ferimento ocular
Pescoço
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Hematoma
☐ Desvio da traqueia
☐ Enfisema Sub-Cutâneo
Tórax
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Tórax Instável
☐ Resp. paradoxal
☐ Tamponamento
Abdome
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Distendido
☐ Em tábua
☐ Doloroso
☐ Evisceração

Pelve
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Dor
☐ Instabilidade
Coluna Dorsal
☐ Contusão
☐ Hematoma
☐ Dor
Membros
☐ Contusão
☐ Escoriações
☐ Lacerações
☐ Luxações
☒ Fratura base do dedo
☐ Amputação
☐ Esmagamento

AVILIAÇÃO CARDIACA
☐ Ritmo Sinusal
☐ Taquicardia
☐ Bradicardia
☐ Filuter
☐ Fibrilação atrial
☐ Fibrilação ventricular
☐ Assistolia
AFECÇÃO CLÍNICA
☐ Respiratória
☐ Neurológica
☐ Psiquiátrica
☐ Metabólica
☐ Cardiovascular
☐ Outros
☐ Digestiva
☐ Infecciosa
☐ Obstétrica
☐ Periférica
☐ Aborto
HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Diabetes
☐ Cardiopatia
☐ HAS
☐ Medicação de uso
☐ Alergias
☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

INCIDENTE
☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento
☐ Não se encontra no local
☐ Recusa de hospitalização
☐ Tratamento
☐ Bombeiro no local:
RCP
☐ Iniciada as:
☐ Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
Obs.:
Atendido no local

MULTIPLOS MEIOS AÇIONADOS
☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SAMU
☐ Bombeiro
☐ Outros:
DADOS PESSOAIS DA VITIMA
☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS
☒ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)
Sterfson Araújo Silva
ENFERMEIRO
COREN-RR 377.396
Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

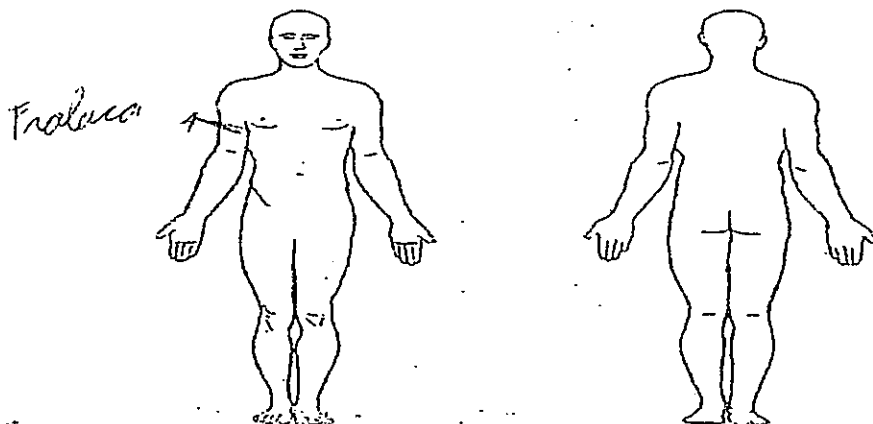
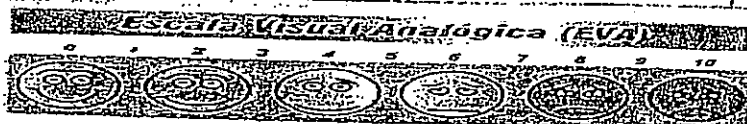
[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

3- Tilatua
1- seringa de 10ML
1- Bexco de 20

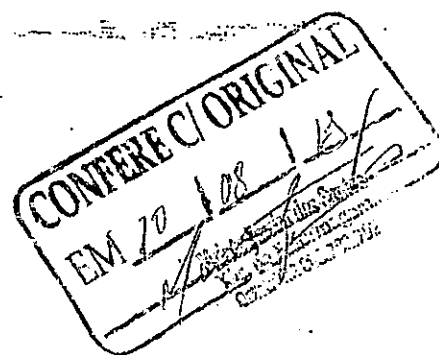
1- Equi
1- Tameiro

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto		Menores de 5 anos		Frequência Respiratória (mov/min)		Pulso (b/min)	
Abre espontaneamente	4	Abre espontaneamente	4	10 - 24	4	14 a 15	5
Com estímulos auditivos	3	Com estímulos auditivos	3	25 - 35	3	11 a 13	4
Com estímulos dolorosos	2	Com estímulos dolorosos	2	> 36	2	8 a 10	3
Não abre os olhos	1	Não abre os olhos	1	01 - 09	1	5 a 7	2
Orientado	5	Balucia	5	0	0	3 a 4	1
Confuso	4	Choro irritado	4	> 90	4		
Palavras inapropriadas	3	Choro a dor	3	70 - 89	3		
Sons ou gemidos	2	Gemido a dor	2	50 - 69	2		
Nenhuma	1	Nenhuma	1	01 - 49	1		
Obedece solicitações	6	Movimentos espontâneos	6	0	0		
Localiza a dor	5	Rolla do toque	5	14 a 15	5		
Flexão normal	4	Retira a dor	4	11 a 13	4		
Flexão anormal	3	Flexão normal	3	8 a 10	3		
Extensão a dor	2	Flexão anormal	2	5 a 7	2		
Nenhuma	1	Nenhuma	1	3 a 4	1		



Cliente, Valmir, de 43 anos com uma possível fratura no membro superior direito, foi encaminhado para o HEAL.

José do Carmo Castro Júnior
Méd. Emergência
COREN-RR 001145628



212-3



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Peres Lemes 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 26/07/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura - Lúmen - lateral (D)

NO DIA 10/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese da fratura - Lúmen - lateral (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Dulson E DR. Marcelo A.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 13/08/18, AS 12,20hs EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA, NO DIA 30/08/18, AS 8,00hs, COM O
DR. Pablo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Marcelo A.

BOA VISTA, 13/08/18

Dr. Odinachi Okenim
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
SESau - RORAIMA

MÉDICO

715-3

88408065

Valerie Jones
13 81 40 88
(11) 88408065

10 08 18
13 08 81
88408065
13 08 81
88408065

88408065
13 08 81
88408065

James
88408065

13 08 81



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGENCIAS
SAMU 192 / RORAIMA



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Barro Alto Alegre

Equipe: Tec. Junior / Rond. Jor Antonio

Paciente: VALMIR PEREIRA GOMES

Idade: 43

Sexo: M

Endereço: VICINAL 2 VILA RESLAMPJA

ALTO ALEGRE

Ponto de referência:

CHAMADA	Nº <u>11882</u>	DATA <u>25/07/18</u>	HORA DO ACIONAMENTO: <u>00:13</u>
	Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: <u>Faliano</u>		HORA CHEGADA NA UNIDADE: <u>0:48</u>
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO			

AVALIAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA			
	AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
	☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ Acidente com moto X ☒ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Eupneico	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente (Assistolia)	☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/Hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>113 x 90</u>	<u>75</u>	<u>23</u>	<u>97</u>					
Fim	<u>X</u>								

AVALIAÇÃO SEGUNDARIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ Fratura <u>superior direito</u> ☐ Amputação ☐ Esmagamento			

AVALIAÇÃO CARDIACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filtuter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular Outros	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Periférica ☐ Aborto	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS	☐ Alergias ☐ Outros
GRAVIDADE COMPROVADA	☐ ILESO ☐ SEVERA	☐ PEQUENA ☐ MORTE	☒ MÉDIA ☐ INDETERMINADA	☐ OUTRO	

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

Sterfson Araújo Silva
ENFERMEIRO
COREN-RR 377.196

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SAMTRAN
☐ Bombeiro
Outros:

INCIDENTE	☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trope ☐ Bombeiro no local:	DADOS PESSOAIS DA VITIMA
	☐ Iniciada as: ☐ Término as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso Obs:	
RCP		
IO	☐ Atendido no local	

CONFERE C/ ORIGINAL

EM 20/08/2018

/ / Pol. Cosme e Silva - PCCS

/ / Hos. Das Clínicas/RR - HCR

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

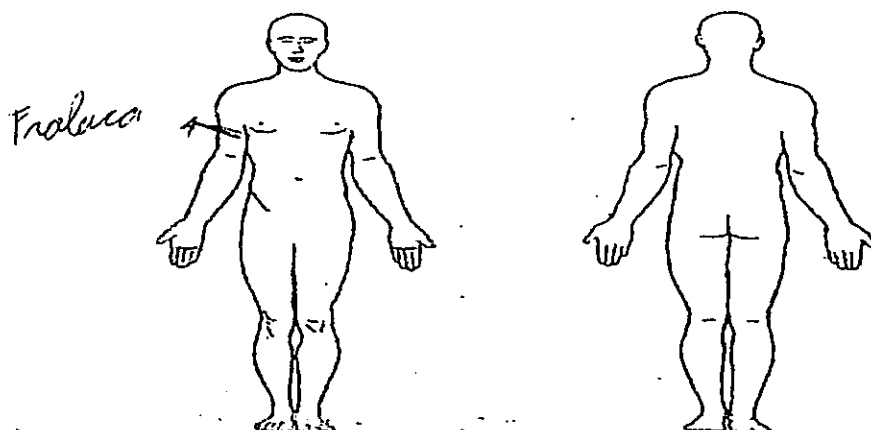
[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1- Tilatim
1- sereno de 100ML
1- Bexco de 20

1- Equip
1- Torneiro

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura- Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	Pressão Sístola (mmHg)	Escala de Glasgow	Escala de Glasgow
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente					
Verbal	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	4	10 - 24	4	1	1
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	3	25 - 35	3	2	2
Motor	Não abre os olhos	Não abre os olhos	2	≥ 36	2	3	3
	Orientado	Balbucia	1	01 - 09	1	4	4
Reflexo	Confuso	Choro irritado	5	0	0	5	5
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	4	> 90	4	6	6
Reflexo	Sons ou gemidos	Gemido a dor	3	70 - 89	3	7	7
	Nenhuma	Nenhuma	2	50 - 69	2	8	8
Reflexo	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	1	01 - 49	1	9	9
	Localiza a dor	Retira do toque	6	0	0	10	10
Reflexo	Flexão normal	Retira a dor	5	14 a 15	5	11	11
	Flexão anormal	Flexão normal	4	11 a 13	4	12	12
Reflexo	Extensão a dor	Flexão anormal	3	8 a 10	3	13	13
	Nenhuma	Nenhuma	2	5 a 7	2	14	14
Reflexo			1	3 a 4	1	15	15



Cliente, Valmir, de 43 anos com uma possível fratura no membro superior direito, foi encaminhado para o HEAL.

José de Castro Júnior
Rec. Enfermeiro
COREN-RR 001145628

CONFERE C/ ORIGINAL
EM 20/08/14
Rec. de Enfermeiro
COREN-RR 001145628

AZUL

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

Rafael Salazar
Tábuca
CONEV
XHEIUVÉ

1891002376 30/08/2018 11:19:31 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 94

Paciente VALMIR PEREIRA GOMES Data Nascimento 30/10/1974 Idade 43 A 10 M 0 D CNS 898003954627118 CPF 58084436287 Prontuário 00167155
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 321891 PC PA 00/09/2013 M NAO PARDA SAO JOAO DO ARAGUAIA - PA BRASILEIRA
Mãe MARIA MARTINS GOMES INFORMADO RAIMUNDO PEREIRA GOMES (95) 98409-2065
Endereço RUA - GETULIO VARGAS - SN - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR Ocupação

Class. do Risco AZUL Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
Setor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ALESSANDRA CRISTINA
120 x 80

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue
VEIO PARA INTERNAÇÃO COM ORTOPEDIA, HJ

Anamnese de Enfermagem
GA: HAS, DM e ALERGIA MEDICAMENTOSA
GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Exatidão de diagnóstico de Síntese

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. B.H. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel: (95) 2121-0520
AUTENTICAÇÃO
07/NOV. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

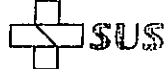
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marcia.cristianne
Data Hora: 30/08/2018 11:25:27



1891002376

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel 0651 421-0620
AUTENTIFICADO
NOV. 2008
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução fiel
que foi apresentada neste Hospital



Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Expansão de material de sutura em cotovelo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAB DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

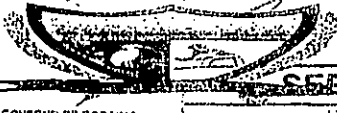
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sequência 0415020034
0408060190 -> M866
0408060352 -> T842
J83P

Valmir Pereira Gomes - 43 anos

104-1

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE Valmir Pereira Gomes					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	30/08/12
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia (500ml puz.)				SND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				SND
4	TILATIL 20mg 12/12hs (500ml puz.)				SND
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SND
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				SND
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SND
10	SSVY + CCGG 6/6 H				Rol. ne
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SND
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
15					
16					
17					
18					
19					
20	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:

Ao bloco para programação cirúrgica

Regulado
para leito
104-1
Recuperação pós-cirúrgica

SINAIS VITAIS	PIA	FC	TAF
12H	132/88	78	36.5
17 12H	124/80	78	36
24 18H	111/60	78	36.6
06 24H	104/46	71	36.1

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA.

104-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE VALMIR PEREIRA GOMES					
AGNÓSTICO EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SINTESE EM COTOVELO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO 104-1		DATA 31/08/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP PERVIO				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
9	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG.				
11	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

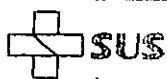
SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO	
6 H	PA	FC	FR
12 H	130 x 70	75	20
18 H	140 x 90	70	20
24 H	100 x 62	66	20

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Nota - Paciente estável. Adm. e. P. M. + SSVs.
GR - PA = 109/69
F 70

Maria Madlene C. Rezende
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 000 194 097



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

Hon

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Hon

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Valmir Martins Gomes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresentando osteomielite de coluna.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Anamnese + Ex Físico + RA

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Osteomielite de Coluna.

21 - CID 10 PRINCIPAL

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12447
Médico de Especialidade
2010-2013

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



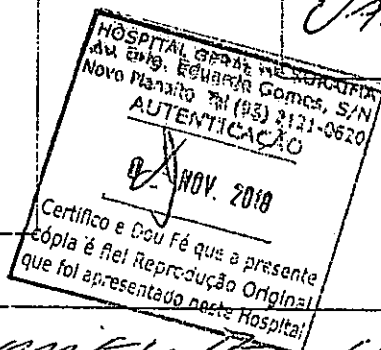
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01/09/18

O.S.:



Umar Pereira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: OSTEOMENTE COCCUDO.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TTD CIRCULAR.

TIPO DE INTERVENÇÃO: RM + TTD CIRCULAR OSTEOMENTE COCCUDO.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: OSTEOMENTE COCCUDO.

CIRURGIÃO: DR. MARCELO

2º AUXILIAR:

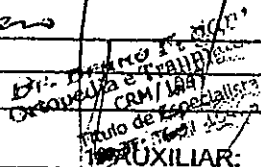
3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:



AUXILIAR: M. P. P.

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

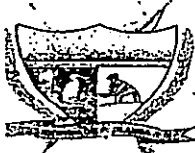
ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DM 2018 ANESTESIA.
2. ANTÍPSIA + ASPIR + C/PS.
3. Paciente em DM 2018 ANESTESIA.
4. DM 2018 ANESTESIA.
5. Paciente em DM 2018 ANESTESIA.
6. RM + TTD CIRCULAR OSTEOMENTE COCCUDO.
7. C/PS.

ADMIR PERCIVAL GORDON

[illegible]



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA
43 anos.

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA
Valmir Perreira Gomes.					01 / 09 / 18.
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tratamento de osteomielite de		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
cotovelo (D) + RM3 de Fio.		09:05	09:50.		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Drº Marcelo Almeida.		ANESTESISTA:		Drº Fabiano / Drº Mariza.	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Drº Bruno Figueiredo		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		Elizangela M. Isaac.	
Drº Marcos R2.					
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + B.P.B.		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml.
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº 11			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERT. P. OSSO Atadura 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KL. CATARATAN Equipe macro	
	SERINGA 10ML		1	GEOLCAN Clorexidina 700-100ml	
	SERINGA 20ML		1	FLA. CARDIACA Tóxico 700-100ml	
☒	Elétronos		1	OUTROS álcool 700-100ml.	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Taquelina.	SUB- TOTAL		
		Gabriela.	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

SESAC



NOME: Volmir Pereira Gomes (104-02)

[illegible]

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Valmir Pereira Gomes
Responsável Cirurgião Marcelo Branda

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☐ Identidade
☐ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM/RR _____

Assinatura

Data: 01/09/18

Hora: 08:45

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Marisa / Fabiano

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

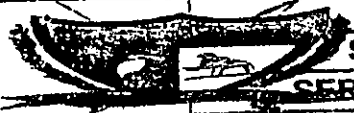
☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Jacqueline C. G. Lima
Enfermeira
COREN-RR 422.148

Assinatura e Carimbo

119-2 L+ 404-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>WALTER ROBERTO GOMES</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	DATA	01/09/10	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				ATENÇÃO
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12-18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12-18
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H				S/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18	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				
19					
20					

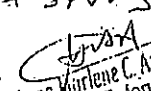
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	Fc	PR	+
6 H	125x76	64	NSS	tem tendência
12 H	142x81	81		30
18 H	125x77	73		362
24 H	101x61	65		NSS tem tendência

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPÉDIA E
TRAUMATOLOGIA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	VALMIR PEREIRA GOMES					
AGNÓSTICO	OMC COTOVELO D + RMS DE FIO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	43	LEITO	119-1	DATA	02/09/2018	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SW
2	SF0,9% 500ML S/N EV					SW
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					SW
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					SW
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SW
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SW
10	CURATIVO DIÁRIO					SW
11	SSVV + CCGG 6/6 H.					SW
12						
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS					SW
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 01/09)					SW
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR	
6 H	120/70	12				
12 H	150/100	66				
18 H	132/79	65				
24 H	120/60	60				

Dia - paciente estável. pd. m c.p.m + SWVS


 Maria Wirlene C. Azerezo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN/RR 000 184.037

03. 09. 18
 04:00
 Coleta

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	VALMIR PEREIRA GOMES				
AGNÓSTICO	OMC COTOVELO D + RMS DE FIO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	43	LEITO	119-1	DATA	03/09/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	SF0,9% 500ML S/N EV				S/N
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12					
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS				12 18 24 06
14	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INICIO 01/09)				12 18 24 06
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	124 x 92	70			
18 H	alta				
24 H					

As 12:00h Paciente no leito, Recusa para acesso, Recusa alta de alta medica
 Não administrado o item 13 da P.M, por não estar de acesso, verificado
 SSVV, segue sem queixas aos cuidados da equipe de enfermagem.

alta

Elaine Garcia P. Mendes
 Enfermeira
 CRN-RR 552.039-12



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valmir Correio Feres 43 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 30/8/13, COM
DIAGNÓSTICO DE Exostose, metáfase Anter. Colúmbio

NO DIA 1/9/13 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
DMC Colúmbio de 1 RNSO fên R. SENDO

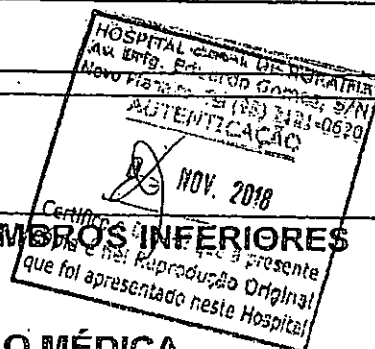
OPERADO PELO DR. Manoel A. Nunes E DR. Bruno F. Aguiar

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/9/13 ÀS 14.00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/9/13 ÀS 14h, COM O
DR. Manoel A. Nunes

ORIENTAÇÕES GERAIS :

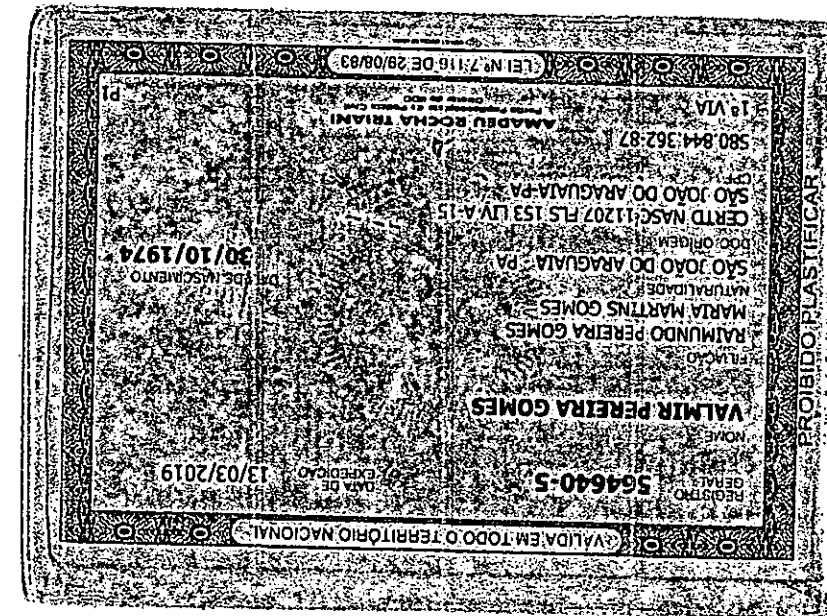
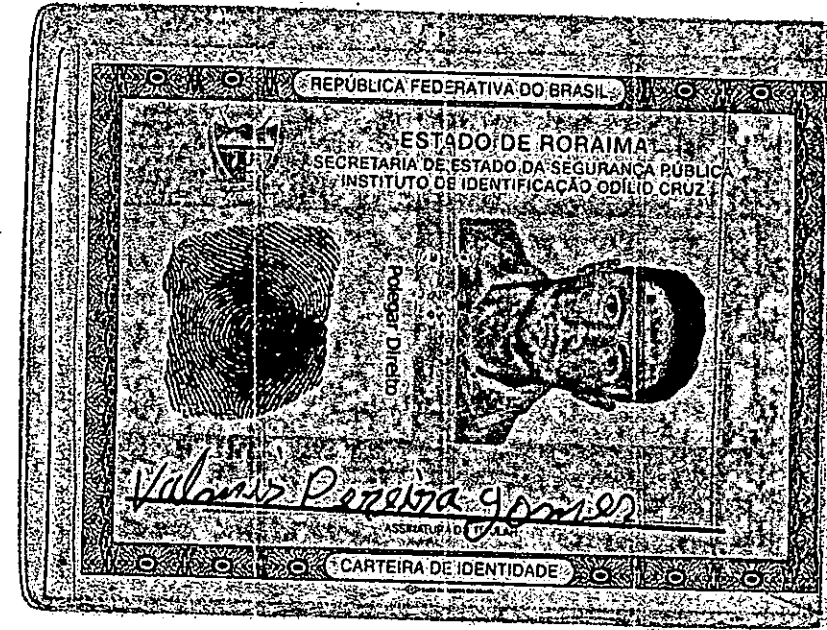
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 31/9/13

MÉDICO





LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - **LESÃO CORPORAL** - Nº 0285/2019/IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **RONALDO SCIOTT PINTO DA SILVA FILHO.**
- Requisição: **Nº 025/2019/SO/DAT.** Referência: **BO Nº 626/18 DP: ALTO ALEGRE.**

NOME: VALMIR PEREIRA GOMES	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: SÃO JOÃO DO ARAGUAIA - PA
IDADE: 44 ANOS	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	COR: PARDA
PROFISSÃO: AGRICULTOR	ESCOLARIDADE: FUND. INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG Nº 3218917 SSP/RR	TELEFONE: NAO INFORMADO
FILIAÇÃO: RAIMUNDO PEREIRA GOMES E MARIA MARTINS GOMES	
ENDEREÇO: PEDRO VIANA S/N, BAIRRO MUTIRÃO ALTO ALEGRE - BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 22/01/2019, às 00 horas e 54 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo requisição 025/19/SO/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Rx com fratura cominutiva de osso do antebraço direito, consolidados com placa metálica, parafusos e haste metálica (vide fotocópia em anexo).
- Periciando com limitação para flexão e extensão do membro superior direito tanto em movimentação passiva ou ativa.
- Redução de força em relação ao membro contra-lateral.

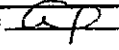
CONCLUSÃO:

- Lesão contusa grave.

QUESITOS OFICIAIS e suas RESPOSTAS:

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4ª Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
CONFORME RELATO DO PERICIANDO.
- 6ª Resultará incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **RESULTOU EM SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.**

É por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Claudete Silva Maranhão:

 **DAT**

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: **12/03/19**

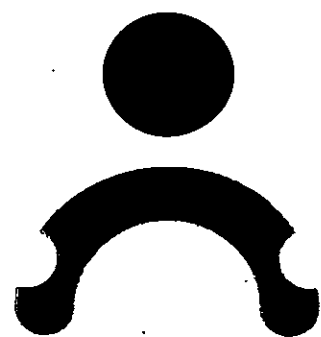

Francisco P. Ramos
Mat. 430000

IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).



ASSINADO POR
Francisco de Assis de Jesus Barro
Mat. 1036747



Seguro

DPVAT

Seguradora Líder



24/07/20

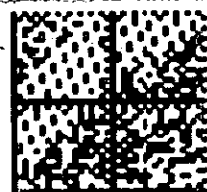


SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LÍDER
Rua da Assembléia, 100
24º ANDAR
Centro



20011-904 Rio de Janeiro-RJ



Remetente: ACI ALTO ALEGRE
Avenida 1 de Julho, s/n 910
Centro

69350-970 Alto Alegre-RR

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

Cole aqui a etiqueta com o código identificador da encomenda

000 0221204

Country
BRASIL

Recebedor: _____
Assinatura: _____ Documento: _____

ATENDIMENTO





**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



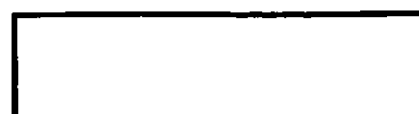
Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country



“RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE”



Materiais recicláveis



DEVOLUÇÃO (Return) (Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)
☐ AUSENTE (Absent)	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1° ___/___/___ às ___ 2° ___/___/___ às ___ 3° ___/___/___ às ___	
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)	
☐ Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reinstated to service post)	
Data ___/___/___ Responsável	

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES
Data do Acidente: 25/07/18 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 580.844.362-87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☒ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): VALMIR PEREIRA GOMES

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 580.844.362-87

E-mail: _____ Tel.: 95

Data: 15/07/20 Assinatura: Valmir Pereira Gomes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto): ACI ALTO ALEGRE

Atendente: NERISON L. VIANA Matrícula: 80.547184

Data: 15/07/20 Assinatura: [Assinatura]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200276106 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P3,4,10,11,12,14,15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: CONFORME LAUDO DO IML Nº 0285/2019/IML/RR

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216702/20

Vítima: VALMIR PEREIRA GOMES

CPF: 580.844.362-87

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 25/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALMIR PEREIRA GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

VALMIR PEREIRA GOMES : 580.844.362-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/08/2020
Nome: VALMIR PEREIRA GOMES
CPF: 580.844.362-87

VALMIR PEREIRA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira