

---

**Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200324494**

**Vítima: RAIMUNDO SOUSA**

**Data do Acidente: 08/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

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

**Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA**

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, 18 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200324494**

**Vítima: RAIMUNDO SOUSA**

**Data do Acidente: 08/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAIMUNDO SOUSA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Com base no boletim de ocorrência que possui fé pública e presunção de veracidade, verificou-se que o acidente ocorreu durante a prática de ato ilícito pela vítima. Desta forma, o acidente não está coberto pelo Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 055.907.813-70 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO SOUSA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO SOUSA 6 - CPF: 055.907.813-70

7 - Profissão: PUDEIRO 8 - Endereço: RUA WALDEMAR GOMES 9 - Número: 847 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.344-560

15 - E-mail: SANTANAQUIMADACIR@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 951 9169-3685

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:

☒ RECUSO 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 6953 CONTA: 30203 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA-RR, 04-SETEMBRO, 2020

Raimundo Sousa  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00010231/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/03/2020 06:06:19 Data/Hora Fim: 08/03/2020 06:06:19  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM Nº 5056 J Data: 08/03/2020  
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/03/2020 02:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Senador Hélio Campos  
Logradouro: AV. FELINTO BARBOSA ESQUINA COM RUA N 11  
Ponto de Referência: IGREJA ASSEMBLEIA  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDO SOUSA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 25/10/1982 Idade: 37

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Socorro Sousa

Nome do Pai: Antonio Pedro de Sousa

Documento(s)

RG: 26949392003-4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA VEREADOR WALDEMAR GOMES

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 487

Nome Civil: ROBERT DONNER DA SILVA BRITO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 02/09/1984 Idade: 35

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: DALVA PEREIRA DA SILVA

Nome do Pai: AZUILO CORREA DE BRITO

Documento(s)

RG: 126265

CPF: 845.828.472-34

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA IZIDIO GALDINO

Complemento: CASA

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nº: 2054





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00010231/2020

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop Pm Nº5056 J

## Endereço

Município: Boa Vista - RR

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

## RELATO/HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO(a),

Às 02h15minutos, de 08 de março de 2020, fomos acionados para deslocarmos até a rua Felinto Barbosa da Silva, Esquina com a Rua N11, para averiguar um acidente de trânsito, chegando no local, encontramos o Senhor RAIMUNDO DE SOUZA, sentado ao chão com aparentemente fratura e lesões nos membros inferiores, afirmou que dirigia a motocicleta HONDA CG 150 VERMELHA DE PLACA NAQ3653, na Rua N11 e sem perceber avançou a Avenida Felinto Barbosa, e que não viu a placa de sinalização de PARE, nem o veículo SIENA ESSENCE DE COR CINZA E DE PLACA NBA2769, que vinha sendo conduzido por ROBERT DONNER DA SILVA na preferencial, que por não ver o carro adentrou com a motocicleta na avenida Felinto Barbosa vindo a colidir sua motocicleta nesse veículo.

Perguntado ao Senhor RAIMUNDO SOUZA se possui CNH, respondeu que não. Perguntado se consumiu bebida alcoólica, respondeu que bebeu bastante cerveja. Perguntado a ele se poderia fazer o teste do alcoolemia, respondeu que não, que por isso, então foi realizado o Termo de constatação de sinais de alteração de capacidade psicomotora, pois o senhor Raimundo apresentava sinais de estar sob influência de bebida alcoólica, conforme os sinais descritos no referido Termo nº 150 nº 000893 anexo, considerando que o mesmo foi removido pelo SAMU ao Hospital Geral por ter fraturado o membro inferior direito, este não pode ser apresentado nessa Delegacia. Bem como também, acrescento que o referido condutor da motocicleta não possui Carteira Nacional de habilitação e que a Perícia Técnica esteve no local e realizou seu trabalho. Já o senhor ROBERTO DONIZETE DA SILVA portava sua CNH e não apresentava nenhum sinal de alteração de capacidade psicomotora. Não houve acordo entre as partes. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN caranã. Pelo exposto, apresentamos o presente Relatório para as providências entendidas cabíveis.

## ASSINATURAS

Betty Iara Gama Gonzalez

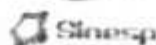
Agente de Polícia

Matrícula 42000564

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei, origin, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Contumacia Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Jefferson Inacio Araújo  
Agente de Polícia Civil  
Matr. 04200564



Impresso por: Jefferson Inacio Araújo  
Data de Impressão: 15/07/2020 10:50

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 055.907.813-70 4 - Nome completo da vítima: RAIMUNDO SOUSA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO SOUSA 6 - CPF: 055.907.813-70  
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: RUA WALDEMAR GOMES 9 - Número: 877 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.34-560  
15 - E-mail: SANTANAGUIMACASRR@GMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 951.91169-3085

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:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 04-SETEMBRO-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.670/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
Informe este NÚMERO



SEU CÓDIGO

0056386-2

Nº de Nota Fiscal

4787737

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	01/04/2020	185	169,70

HELEILTON DE SOUZA SIRINO  
R. VER WALDEMAR GOMES 847 - DR. SILVIO BOTELHO  
CEP: 69.314-560 - BOA VISTA

CPF: 00066240808253

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	11398	Atual:	14/03/2020	Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Anterior:	11213	Anterior:	11/02/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	32	Próxima leitura:	14/04/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	13/03/2020	Número Medidor:	F2908367
Consumo medido:	185	Apresentação:	14/03/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	185			Modalidade:	M 1419845

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO: 185 A R\$ 0,764425 = 141,41



Para contato com  
a Roraima Energia  
informe este número

0032588-0

RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ezequiel, 491 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 / Insc. Estadual: 24.887.022-1  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5485128 FCAH  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE  
Instituída pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

CONTA MÊS	VENCIMENTO	COD	
JUNHO/2020	11/07/2020	298	254,87

RORAIMA PEREIRA DE SOUZA  
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAA  
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 80067608658249

DATAS DA LEITURA					
Atual:	18/06/2020	Anterior:	19/05/2020	Próxima leitura:	21/07/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020	Dias de consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	11ED001198	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)					
	ANT. TOT/PTA	INLETADO TOT/PTA	ANT. FONDA	INLETADO FONDA	ANT. INTERMED
Leit. Atual	27842				
Leit. Anterior	27544				
Constante	1,000				
Resíduo					
Medido	298				
Faturado:	298				

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA		298 A R\$	29,82
----------------------------	--	-----------	-------

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO
TARIFA SEM TRÊS DIAS R\$ A 298 - 0,01778	0 12 13 80 1239 194 206 280 323 298 208



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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/BIBI/OTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAIMUNDO SOUSA inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 055.907.813, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.907.813, 70, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>RUA GIDEÃO</u>		Número	<u>312</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>NOVA CANAÃ</u>	Cidade	<u>BOA VISTA</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email	<u>SANTANA.GIMARÃESRR@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>95199169-3685</u>		

BOA VISTA, 04 de SETEMBRO de 2020  
Local e Data

x   
Assinatura do Declarante

1ª Classificação  
Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

Reclassificação  
Vermelho  
Laranja  
Amarelo  
Verde  
Azul Ass.

2001228314 08/03/2020 02:22:13 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 6

Paciente RAIMUNDO SOUSA Data Nascimento 25/10/1982 Idade 37 A 4 M 14 D CNS CPF Prontuário  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE 26493920034 M NAO PARDA BRASILEIRA  
Mãe MARIA DO SOCORRO SOUSA Contato  
Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES - 847 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Setor GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada SAMU CAPITAL Procedimento Sol. Registrado por: ELIENE

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

ACIDENTE MOTO

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Relato de acidente de trânsito com veículo em movimento da via principal para a esquerda com impacto lateral. Exatidão da história é de 100%.

Exame Físico RG 678910123, ANO 11/10/2010 (+144). AP 2 RAC 2 MP 2 EX 2 MP 2 SI 2 MP 2 IND 2 MP 2 SI 2 MP 2

Hipótese Diagnóstica FX

SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) ATC 4 UNV 500		
2) DICTORONA 200 6V		
3) TRACIL 200 6V		
4) SF 0,9% 1000 ml 6V		
5) CEFTRIAXONA 1g 6V		
6) GASTRACID 240 mg 6V		

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)  
☐ Alta a Revelia ☐ Internação  
☒ Transferência para: OUTOP Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMIL Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: eliene Data Hora: 08/03/2020 02:26:04

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/BOA54781-F1B8-439F-BC98-AEEB41975926.html



Ramundo  
Souza

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 8.3.20

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

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta para F

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fratura exposta para F

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Jonathas

1º AUXILIAR: Augusto

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

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

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1280

ANESTESICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: CRM-RR 1280

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Parte em DDH sob sedação
- 2) Preparo e Anestesia
- 3) Colocação de corte externo
- 4) UMC de fixamento com 5x0,9/10L
- 5) Colocação de fixador externo  
em placa E com redução de fratura  
com auxílio de intensificador de  
imagem
- 6) Sutura com Nylon
- 7) Ad RPA após curativo

Assinatura do Cirurgião  
CR-RR 1280





# EMERGÊNCIA

## FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Nome: Maicondo Sousa, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:10

Nº

08 03 2020

ANESTESIA

LIQUIDOS  
VENOSOS

N 20

22

24

26

28

30

32

34

36

38

40

42

44

46

48

50

52

54

56

58

60

62

64

66

68

70

72

74

76

78

80

82

84

86

88

90

92

94

96

98

100

102

104

106

108

110

112

114

116

118

120

122

124

126

128

130

132

134

136

138

140

142

144

146

148

150

152

154

156

158

160

162

164

166

168

170

172

174

176

178

180

182

184

186

188

190

192

194

196

198

200

202

204

206

208

210

212

214

216

218

220

222

224

226

228

230

232

234

236

238

240

242

244

246

248

250

252

254

256

258

260

262

264

266

268

270

272

274

276

278

280

282

284

286

288

290

292

294

296

298

300

302

304

306

308

310

312

314

316

318

320

322

324

326

328

330

332

334

336

338

340

342

344

346

348

350

352

354

356

358

360

362

364

366

368

370

372

374

376

378

380

382

384

386

388

390

392

394

396

398

400

402

404

406

408

410

412

414

416

418

420

422

424

426

428

430

432

434

436

438

440

442

444

446

448

450

452

454

456

458

460

462

464

466

468

470

472

474

476

478

480

482

484

486

488

490

492

494

496

498

500

502

504

506

508

510

512

514

516

518

520

522

524

526

528

530

532

534

536

538

540

542

544

546

548

550

552

554

556

558

560

562

564

566

568

570

572

574

576

578

580

582

584

586

588

590

592



EMERGÊNCIA

## FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Potência do Brasil"

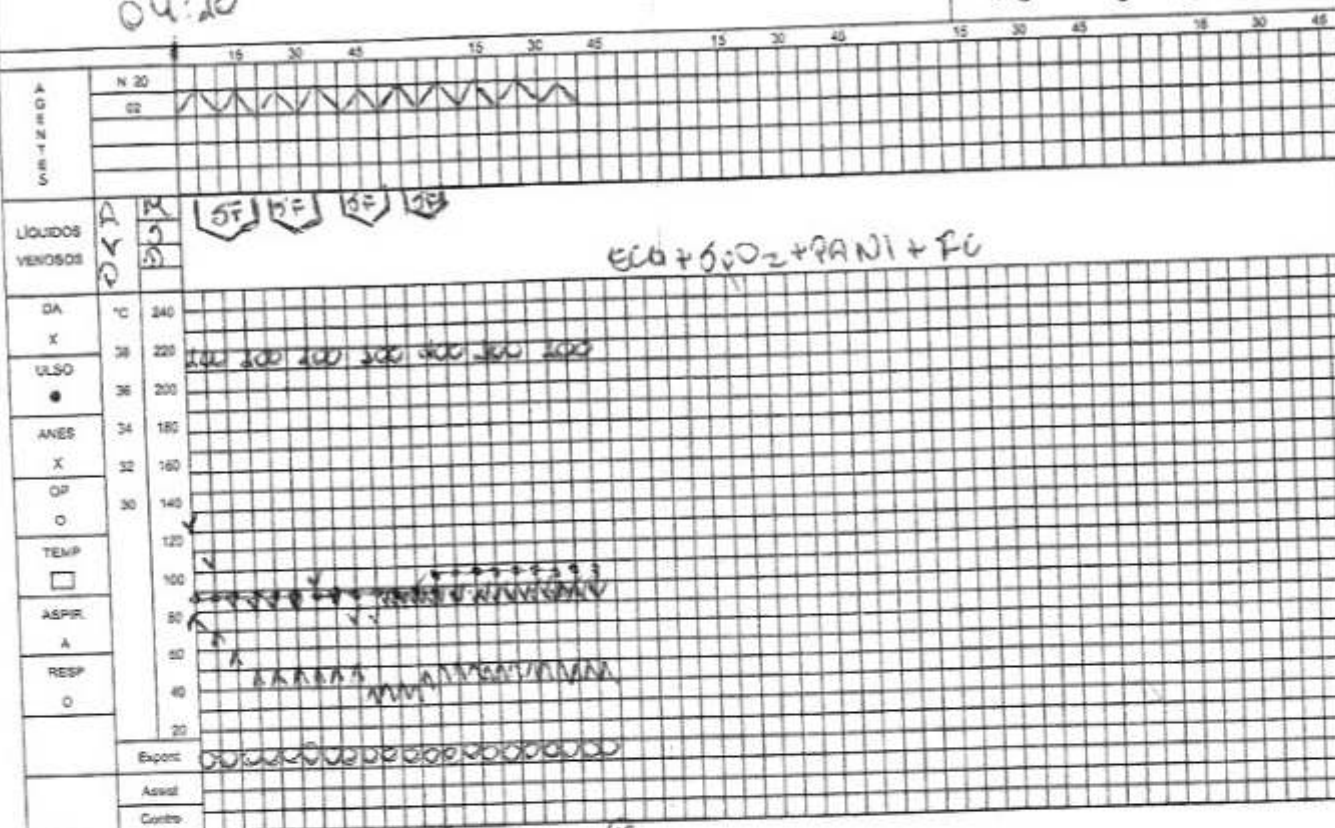
Raimundo Sampaio, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:10

N°

08 03 2020

ECG + O<sub>2</sub> + PNI + FC

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A. Fentanyl 50mcg		Na anestesia hiperbárica com sedação	X. Check + monitorização
B. Midazolam 2mg		Sob vent. lação espúria	1. Suicídio
C. Propofol 0.5% 3ml		mediana / asseptica / LUT	2. Grupo SA / L3 - L4 / Quilente 20
D.			3. Supr. vacuária hiperbárica 0.5%
E.			3 ml SA
F.			4. DDH
G.			5. Bupivacaína 5 mg IV
GLICOSE	QUÍMICO	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NOC		Naso / Orofaríngea - Cega	
SANGUE		Bol - Temp - Calor do Tubo	
		Sob Máscara	
		Diffusor Tactile	
TOTAL	200 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Fixação externa de perna		

ANESTESIA Dr. Edilson

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. Jucimar

PERDA SANGUÍNEA

Calcular

At. Daniel

Bruno Thiago de F. Med  
MÉDICO  
CRM-RR 1028

6. Dexmedetomidina 10 mg IV
7. Atropina 1 mg IV
8. Fentanyl 50 mcg IV
9. Midazolam 2 mg IV





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Nascimento		GT		06/03/20 </td
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Colocação de fixador em perna "E"		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		04:25	06:15	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
1º - Jonathan		2º - Daniel		
2º - Augusto		CIRCUANTE		
		Oliveria, Gracia + Nascimento +		
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		
04:00 - 04:20		1 hora		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
7/10	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		500ml	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
7/10	PACOTES GAZE		500ml	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
7/10	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
7/10	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº
7/10	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0 / 1
7/10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
7/10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
7/10	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº
7/10	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
7/10	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
7/10	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
7/10	SERINGA 01ML			SURGICEL
7/10	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO
7/10	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº
7/10	SERINGA 10ML			GEOFOAM PUR
7/10	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
7/10	Cateter O2			OUTROS:
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	AMONTOS		
	Gabriel	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Gabriela	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
 Tel.: 55/11/30480000  
 FIDUCIAR LAY FIX C/ SAKRA 950  
 Ref: 4747/03 Lm: 18.000958  
 Registro ANVISA: 10228710000





Nome: Reinaldo Sousa

Data de Nasc: 25/10/82 Idade: 37a Setor/leito: \_\_\_\_\_

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

Data: 08/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não

SRPA

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

Cirurgia Proposta:

**1. Informações:**

Jejum ( ) Sim ( ) Não  
Prétese ( ) Sim ( ) Não  
Exames ( ) Sim ( ) Não  
Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não  
Lateralidade ( ) Sim ( ) Não  
PRE ( ) Sim ( ) Não  
Alergia ( ) Sim ( ) Não  
Qual: \_\_\_\_\_  
Reserva de Hemoderivado: \_\_\_\_\_  
( ) Sim ( ) Não

**2. Chegou ao Centro Cirúrgico:**

( ) Deambulando  
( ) Consciente  
( ) Com Suporte de O2  
( ) TOT  
( ) Agitado

**3. Sinais Vitais:**

R: \_\_\_\_\_ rpm  
FC: \_\_\_\_\_ bpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg  
SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular

**4. Anotações (Admissão do Paciente):**

**INTRA-OPERATÓRIO**

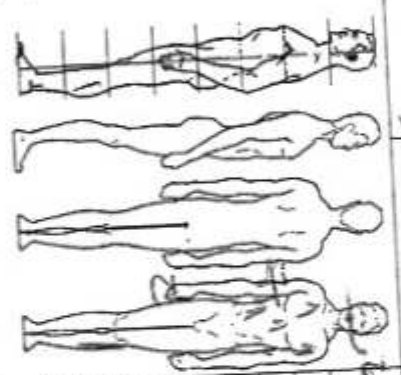
Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
04:00	04:14	04:25	6:15	

Cirurgia Realizada: Proctotomia  
Anestesia: Proctotomia  
Antibiótico: Novel  
Hemoderivados: \_\_\_\_\_  
CH: \_\_\_\_\_  
Plasma: \_\_\_\_\_  
Plaquetas: \_\_\_\_\_

SF 0,9% NaCl  
SG 5%: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

Nº de Compressas oferecidas: \_\_\_\_\_  
Nº de Compressas recolhidas: \_\_\_\_\_  
Exames na SO: \_\_\_\_\_  
( ) HT ( ) Hb ( ) Hemograma Arx  
( ) Gasometria ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Legenda:**  
1. Eletrodos  
2. Oxímetro  
3. Mangueira PA  
4. Placa de Bisturi  
5. Incisão  
6. Cateter O2  
7. Vendolite  
8. Dreno  
9. SNG/SNE  
10. Garrote  
11. TOT Não ( ) Sim N° \_\_\_\_\_  
12. SVD Não ( ) Sim N° \_\_\_\_\_  
13. Outros: \_\_\_\_\_



Sinais Vitais: Saída da SO  
R: \_\_\_\_\_ rpm  
FC: \_\_\_\_\_ bpm  
PA: \_\_\_\_\_ mmHg  
SAT: \_\_\_\_\_ %  
( ) Regular ( ) Irregular

Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR
<u>Proctotomia</u>	<u>Proctotomia</u>	0'		97	94/56	99	8	
		15'		90	94/56	99	8	
		30'						
		45'						
		1h						
		01:30h						
		2h						

**BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)**

Entrada	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
Medi	CH					
caço						

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)**

Após a sala RA acordado, sem  
queixas ou dor, manter AVE em  
WASH, Peleada.

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Raimundo Souza  
Responsável Cirurgião \_\_\_\_\_

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO  
☒ Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO  
☒ Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
☒ Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
☒ Não ( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
☒ Não ( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 08/03/2020 Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: 09:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Carlos Davi

**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

**SALIDA (Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ( ) Não

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

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

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

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

Edilene C. de Carvalho  
Enfermeira  
375.129  
Corteado  
Assinatura e Carimbo



207-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Damião Sampaio		
AGNÓSTICO	SR DE DOUTOR J. J. J. J.		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	8/3/20
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		22:00
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		22:00
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		22:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		22:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		22:00
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		22:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		22:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		22:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		22:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		22:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		22:00
13	SSVV + CCGG 6/6 H		22:00
14	CURATIVO DIÁRIO		22:00
15	Tilidil 20mg EV 12/12h		22:00
16			
17			
18			
19			
20			
21			

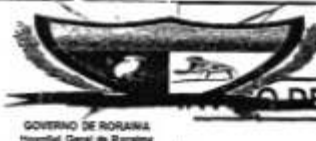
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA:  
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
UNIDADE DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Ramundo Louren</i>					
DIAGNÓSTICO <i>fratura exposta do fêmur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>107-4</i>	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>12h</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>suspensão</i>				SUSPENSÃO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<i>22h 05</i>
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN <i>24</i>				<i>su</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>su</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>su</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				<i>6h 20 7h</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h <i>nte (2) 6h 20 7h</i>				<i>6h 20 7h</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Redução</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>su</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>su</i>
15	<i>Amoxiclavina 400mg EV 12/12h</i>				<i>22h 05</i>
16	<i>Clonazepam 0.5mg EV 06/06h</i>				<i>22h 05</i>
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≤ 70				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>94/65</i>	<i>81</i>		<i>36.2</i>
12 H				
18 H				
24 H	<i>103/67</i>	<i>81</i>		<i>36.2</i>

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



Devolter ao NIR após  
transfêrencia

107-1



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	RAIMUNDO SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERRA				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		107-1	DATA	11/03/2020
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
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	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CURATIVO				
13	SSVV + CCGG 6/6H				
14					
15					
16					
<p>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</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	135x68	85	20	36°	
18 H	100x50	80		36.5°	
24 H					

11h feito medicação e SSVV  
CPM. Tec. Luíza

22:00 Paciente ao HC

Diana Regina  
Técnica em  
COREN-RR 01074-TE

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



MISSÃO	DIH	DN
RUBEN SOUSA		
FERIDA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA		
HAS	DM2	
LEITO	107-1	DATA
		09/03/2020
		HORARIO

DIETA LIVRE

CEXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H

CEXACINO 400MG EV DE 12/12H

CEXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 6/6H

CEXACINO 400MG EV 1 X AO DIA

CEXACINO 400MG EV 8/8H S/N

CEXACINO 400MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR

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

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

CEXACINO 400MG EV OU VO DE 6/6H

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

CEXACINO 400MG EV

TRATAMENTO: INJEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
DE 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  
≤ 100 DL/ML EV + AVISAR PLANTONISTA

DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
SENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS  
DEIXAS ALGICAS.  
DE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,  
HIDRATADO, FUNÇÕES  
EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM

1300	FC	FR	
1300	86	19	36.5
111.69	79		36

DR AUGUSTO CAVALCANTE  
CRM-RR  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

17:30

PA

24HS

PA 113X67 FC 71bP

TAX 36.5°C

106HS  
PA 104X62  
TAX 36.5°C  
FC 81

20HS para seu quadro clínico  
Quelto Cleury  
Cofre de Coqueiro  
Cofre de Coqueiro

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAIMUNDO SOUSA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manhã
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				12h 03
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12h 18 24 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				06h
6	OMEPIRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR ID				SN
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				12 18 24 06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12					
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MIE

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	116/72	78	FR	
12 H	117/71	81		
18 H	108/61	81		
24 H	116/79	72		

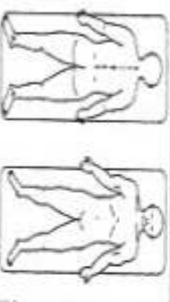
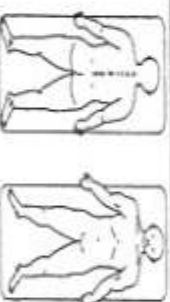
Plantas matutino e vespertino.  
Pst acamado. LITE realizado.  
SSVV e medicação de horário.  
Atua 11 n tem na farmacia

Obito paciente no dia  
furo no dia 11/06  
- 55/44 (43/16/6)

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em	Protocolo n° 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas - HGR				
Paciente: <u>Raimundo Sousa</u>		Data: <u>10/03/2020</u>		
Leito: <u>107-1</u>				

Localização		Região: <u>MIE</u>		Região: <u>MIE</u>
Etiologia	Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) ( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tracção</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
Quantidade de Exsudato	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Troca	( ) 12/12	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário	( ) 48/48h	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE Larissa Alves Mota Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE			
Observações:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE Larissa Alves Mota Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE			





# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 11/03/2020

PACIENTE:

DIAGNOSTICO(S):

DN: 25/08/87

DIH: 21.3.2020

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / / ):

Leuc:

Seg:

Plaquetas:

Hb: Ht: Ur: Cr:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:

PH:

BE:

PO<sub>2</sub>:

PCO<sub>2</sub>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / / ):

Leuc:

Seg:

Plaquetas:

Hb: Ht: Ur: Cr:

Cl: HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:

PH:

BE:

PO<sub>2</sub>:

PCO<sub>2</sub>:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 11 de

de

de 20

Hora:

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO  
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário 00179010	Data Internação 08.03.20	Data da Saída 11.03.20
Número da AIH: 142010002765-4		
Enfermaria 107		

**Dados do Paciente**

Estabelecimento Executante HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		CNES 2319659
Nome do Paciente RAIMUNDO SOUSA		
Cartão do SUS 703400216255916	Data de Nascimento 25/10/1982	SEXO 1 - Masculino
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 26493920034		Raça/Cor PARDA
Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO SOUSA		
Nome do Responsável RAIMUNDO SOUSA		Fone p/ Contato
Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES		Número 847
Município BOA VISTA		Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Código do IBGE 140010	UF RR	CEP

**Dados da Internação**

CPF Médico Sol - CRM 1964	Médico Solicitante AUGUSTO	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 0408050500	Procedimento Principal	Esp 02
Em caso de Parto: Nasc Vivo ( ) Nasc Morto ( )		C. Int 02
		CID P 5628
		CID S V299
		CID CA
		M. Sa 31
Alta ( ) Trans (X) Óbito		

**Procedimentos Realizados**

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	01				1759		01	
02	02				1964		01	
03	06				1025		01	
04	07				1964		03	
05								
06								
07								
08								
09		07020301106	202766	08.03.20	99	135	01	
10								
11								
12								
13					57=12	202003	02	
14								
15								

**Autorização**

Nome Médico Autorizador Ronam Pacheco de Carvalho	Data Autorização 08.05.20	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

FATURISTA  
*Ronam Pacheco de Carvalho*  
CONTADOR E GESTÃO HOSPITALAR



NIR Trauf: 11/03/20

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
4 - CNES  
NIR

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
9 - SEXO  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
15 - UF  
16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
26 - CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBOR  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - DOCUMENTO  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408050500  
5828

8420

V799



BOLETIM OPERATÓRIO

Raimundo  
Souza

Data: 8.3.20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta de fêmur F

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fratura exposta de fêmur F

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Jonathan C. Lopes 1º aUXILIAR: Augusto

2º aUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º aUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

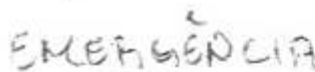
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: CRM-AR 1789 DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob sedação profunda
- 2) Pré-operatório e Anestesia
- 3) Colocação de logno externo
- 4) 2/3 C de fechamento com 5x0,9/10L
- 5) Colocação de fixador externo com placa E com redução de fratura com auxílio de intensificador de imagem
- 6) Sutura com Nylon
- 7) Ad RytA após curativo

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AR 1789



FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N<sup>a</sup>

04:10

08 03 2020

$$6\text{CO} + 6\text{O}_2 + 9\text{A Ni} + \text{Fe}$$

## SUBSOLDS

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Fentanil 50µg			Naquiallestesia hiper-	x - Cheque + monitorização.
2. Midaxil 2mg			bálica com seringa	1. Sufitado
3. Diclofeno 0,5% 3ml			1ml 1ml, 1ml 0,5ml	2. Sufitado 5A / 13 - 14 / Quincke 20 /
4.			1ml	medicinal / essência / 100%
5.				3 - Bupivacaína hiperbálica 0,5%.
6.				3 ml 5A
7.				u. 00H
8.				5 - Bupivacaína 5 mg IV
9.				
10.				
GLICOSE	LIQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faríngea	
ADIC			Naso / Orofaríngea - Cega	
SANGUE			Bul - Tampo - Calibre do Tubo	
			Bolo Máscara	
			Dificuldade Técnica	
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			Lentigo - Espanto - Excesso Sere	
			Depressão Respiratória - Hipoxia	
			"Bucking" - Vômito	
			Hemorragia - Anemia	
			Bati Teóricas - Choque	
ANESTESIA		CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGUÍNEA
Dr. Ed. Mo			Dr. J. J. J. J.	Calor 1.00

ANESTESIA  
Dr. Edmo

000000

causado

DEBORA A. S. AND OLIVERA A.

Mr Daniel

Bruno Thiago A. C. Pinto  
MEDICO  
CRM-PR 10295

6. Dexamethasone 10 mg IV
7. GtO propofol 100 mg IV
- x - O<sub>2</sub> PA.
8. Fentanyl 50 µg IV
9. Midazolam 2 mg IV



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Raimundo Costa		GT			08/03/20 </td	
CIRURGIA						
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO				
Colocação de fixador em		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
perna "P"		04:25	06:15			
EQUIPE MÉDICA						
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:		
Dr. Jonathan		Eduardo		Dr. Daniel		
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR				
Dr. Augusto						
2º AUXILIAR		CIRCULANTE				
		Clara + Raimundo +				
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:				
Algodão 04:20		1 hora				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR	
70	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml	
70	PACOTES GAZE Cl. 10x10			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - 500ml		
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO		
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº		
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2-0 / 1 / 1		
7	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
7	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº		
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº		
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº		
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 4/0 - 10cm (30cm)		
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL - 200mg po 1000mg 090		
7	SERINGA 03ML Luvas Vinil (P)			CERA P/ OSO		
1	SERINGA 05ML Escova p/ ampolha		1	KIT CATARATA Nº 100ml		
7	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM P/ 200g		
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA - 4x1		
1	Cateter O2		1	OUTROS: elctrodo		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	AMAMENTOS		VALOR	
		Salange				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL			
			TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
 Tel: 9611/094000  
 FIXADOR LAY FIX C/ BAIXA 360  
 Ref: 4747/03 Lote: 19.000908  
 Registro ANVISA: 1822.0710005





Nome: Reinardo Sousa

Data de Nasc: 25/10/1982 Idade: 37a Setor/leito: \_\_\_\_\_

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

Data: 08/03/2020

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO				SRPA									
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	T	FC	PA	SP02	ALDR-TE	DOR	
<b>1. Informações:</b> Jejum ( ) Sim ( ) Não Protece ( ) Sim ( ) Não Exames ( ) Sim ( ) Não Reserva UTI ( ) Sim ( ) Não Lateralidade ( ) Sim ( ) Não PNE ( ) Sim ( ) Não Alergia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim ( ) Não Outros: _____ <b>2. Chegou ao Centro Cirúrgico:</b> ( ) Deambulando ( ) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado <b>3. Sinais Vitais:</b> R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % ( ) Regular ( ) Irregular <b>4. Anotações (Admissão do Paciente):</b> <u>Adm no</u> <u>ce sala 04</u> <u>pl prececu</u> <u>de engula</u> <u>de feto</u> <u>WTE, Naga</u> <u>exigua e</u> <u>conhecida</u> Sinais Vitais: Saída da SO R: _____ rpm FC: _____ bpm PA: _____ mmHg SAT: _____ % ( ) Regular ( ) Irregular Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____	<b>Entrada na Sala</b> <u>04:00</u> <b>Início da Anestesia</b> <u>04:41</u> <b>Início da Cirurgia</b> <u>04:25</u> <b>Término da Cirurgia</b> <u>6:15</u> <b>Término da Anestesia</b> _____	<b>Anestesia</b> <u>Proquet</u> <u>extenu</u> <u>WTE</u> <b>Posicionamento</b> <u>Neural</u> <b>Hemoderivados</b> CH: _____ Plasma: _____ Plaquetas: _____ <b>Antitoxico</b> Nome: _____ Dose: _____ <b>Outros:</b> _____	<b>Antitoxico</b> Nome: _____ Dose: _____ <b>Outros:</b> _____	<b>Nº de Compressas oferecidas:</b> _____ <b>Nº de Compressas recolhidas:</b> _____ <b>Exames na SO:</b> ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma <u>APX</u> ( ) Gasometria ( ) Outros: _____	<b>Legenda:</b> 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendolite 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT ( ) Sim ( ) Não 12. SVD ( ) Sim ( ) Não 13. Outros: _____	<b>1. Sonda</b> <b>2. Curativo</b> <b>3. Dreno</b> <b>4. Acesso venoso</b> <b>5. Outros:</b> _____	<b>1. Sonda</b> <b>2. Curativo</b> <b>3. Dreno</b> <b>4. Acesso venoso</b> <b>5. Outros:</b> _____	<b>15'</b> <b>30'</b> <b>45'</b> <b>1h</b> <b>01:30h</b> <b>2h</b> <b>Observações:</b> _____	<b>47</b> <b>90</b> <b>90</b> <b>100</b> <b>8</b>	<b>92</b> <b>90</b> <b>90</b> <b>100</b> <b>8</b>	<b>92</b> <b>90</b> <b>90</b> <b>100</b> <b>8</b>	<b>92</b> <b>90</b> <b>90</b> <b>100</b> <b>8</b>	<b>92</b> <b>90</b> <b>90</b> <b>100</b> <b>8</b>	<b>92</b> <b>90</b> <b>90</b> <b>100</b> <b>8</b>	
<b>BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/POÓS OPERATÓRIO)</b>															
Entrada					Saída										
Hora	Medi	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros							
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</b> <u>Adm no Sala 04</u> <u>de engula</u> <u>de feto</u> <u>WTE, Naga</u> <u>exigua e</u> <u>conhecida</u> <u>Proquet</u> <u>extenu</u> <u>WTE</u> <u>Neural</u> <u>CH</u> <u>Plasma</u> <u>Plaquetas</u> <u>Antitoxico</u> <u>Nome</u> <u>Dose</u> <u>Outros</u> <u>Nº de Compressas oferecidas</u> <u>Nº de Compressas recolhidas</u> <u>Exames na SO</u> <u>Ht</u> <u>Hb</u> <u>Hemograma</u> <u>Gasometria</u> <u>Outros</u> <u>Legenda</u> <u>1. Eletrodos</u> <u>2. Oxímetro</u> <u>3. Mangito PA</u> <u>4. Placa de Bisturi</u> <u>5. Incisão</u> <u>6. Cateter O2</u> <u>7. Vendolite</u> <u>8. Dreno</u> <u>9. SNG/SNE</u> <u>10. Garrote</u> <u>11. TOT</u> <u>12. SVD</u> <u>13. Outros</u> <u>Sinais Vitais: Saída da SO</u> <u>R</u> <u>FC</u> <u>PA</u> <u>SAT</u> <u>Destino</u> <u>SRPA</u> <u>UTI</u> <u>outros</u>															



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Carimbo Saura  
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento ☒ Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ APROXIMAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não

( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não

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

Data 08/03/2020 Assinatura \_\_\_\_\_

Hora: 09:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Ceival Daniel

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

Edilene C. de Carvalho  
Enfermeira  
375.129

Assinatura e Carimbo

207-1.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Damião Sampaio					
AGNOSTIC	M de Damião Sampaio					
ALERGIAS	Y	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	8/3/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				J N D	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				J N D	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				J N D	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				J N D. 22	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				J N D	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				J N D	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				J N D	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NTF	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				J N D	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				J N D	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				J N D	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				J N D	
13	SSVV + CCGG 6/6 H				J N D	
14	CURATIVO DIÁRIO				J N D	
15	Tiludil 20mg EV 12/12h				J N D	
16						
17						
18						
19						
20						
21						

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

UNIDADE DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Ramundo Sousa</i>					
DIAGNÓSTICO <i>fratura exposta de fêmur (E)</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>107-L</i>	DATA	08/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>12h</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>manhã</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>suspensão</i>				SUSPENSC
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				<i>22h 05</i>
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				<i>24h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>12h</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>12h</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H				<i>6h</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>6h 7h</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>22h 24h</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>12h</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>12h</i>
15	<i>Paracetamol 400mg EV 12/12h</i>				<i>22h 24h</i>
16	<i>Clonazepam 0.5mg EV 06/06h</i>				<i>06h 12h 18h 24h</i>
17					
18	<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS			
6 H	<i>94/65</i>	<i>81</i>	<i>36.2</i>
12 H			
18 H			
24 H	<i>103/67/1</i>	<i>84</i>	<i>35.2</i>

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Devolver ao NIR após  
transferência

107-1



GOVERNO DO PARÁ  
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	RAIMUNDO SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO 107 DATA 11/03/2020				
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR M				
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	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	NTE 12 18 24 06				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
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 FISIOLÓGICAS  
PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,  
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES  
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM  
MIE

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR + RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	135x68	85	20	36°	
18 H	100x50	80		36.8°	
24 H					

11h feito medicação e SSVV  
CPM. Tec. Luíza

22:00 Paciente ao HC

Diana Rêgo  
Técnica em  
COREN-RR 513.124.15









Serviço de Ortopedia e Traumatologia

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	RAIMUNDO SOUSA	
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	12h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	12h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12h
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1 CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12h
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12h
12		
13	CURATIVO	
14	SSVV + CCGG 6/6H	
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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

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

SINAIS VITAIS				
8 H	116/72	78	FR	36
12 H	117/71	81		36
18 H	108/61	81		36
24 H	116/70	72		36

DR AUGUSTO CAVALCANTE  
CRM-RN  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Plantão matutino  
Atendimento realizado  
SSVV e medicação de horário  
atua 11 h tem na farmácia

06/11/2016  
furo não com  
- SSVV 11/16

# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HCR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <u>Raimundo Sousa</u>	Data: <u>10/03/2020</u>			
Leito: <u>107-1</u>				

Localização		Região: <u>MIE</u>		Região: <u>MIE</u>
Etiologia	Grau: I ( ) II (X) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Trção</u> <u>X</u> Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:			
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:			
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:			
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%			
Solução de Limpeza	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:			
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Mourais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415272-AE Larissa Alves Moura Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428-TE			
Observações:	Vanessa da Silva Mourais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Renata Silva Rodrigues Técnica Enfermagem COREN-RR 415272-AE Larissa Alves Moura Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247.428-TE			



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 11/05/2022

PACIENTE:

DIAGNOSTICO(S):

DN: 25/01/80

DIH: 21/5/22

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSORIAIS (DATA: / / ):

Leuc:

Seg:

Plaquetas:

Hb:

Ht:

Nr:

Cr:

Na:

K:

Ca:

Cl:

HCO<sub>3</sub>:

PH:

BE:

PO<sub>2</sub>:

PCO<sub>2</sub>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / / ):

Leuc:

Seg:

Plaquetas:

Hb:

Ht:

Ur:

Cr:

Na:

K:

Ca:

Cl:

HCO<sub>3</sub>:

PH:

BE:

PO<sub>2</sub>:

PCO<sub>2</sub>:

EAS:

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 11 de Maio

de 2022 Hora:

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

NIR

Trans: 11/03/20



SUS

 Sistema Único de  
Saúde Ministério da  
Saúde

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179010

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/08/82

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Visconde Waldemar Gomes - 817 - Heliópolis

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

 paciente com fratura exposta  
de omó da perna esquerda

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

1º Leito

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

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

fratura exposta perna E

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura exposta perna E

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Jornalistas

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

8420

 0408050500  
5828  
V799





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: RAIMUNDO SOUSA 37 ANOS  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 11/03/2020, COM  
DIAGNÓSTICO DE FX EXPOSTA DE PERNA E E NO DIA  
11/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OPERADO PELO DOUTOR ALBERTO E P/ DR 0  
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 11/04/2020 ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 03 (TRÊS) SEMANAS, COM O  
DOUTOR ALBERTO.

### 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 RAO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Ednardo Vieira

CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

sábado, 11 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR



RAIMUNDO SOUZA

4422

HOSPITAL CORONEL MOTA

26/06/2020



Marcos

61.7 %

ESQUERDO



ESQUERDO



RAIMUNDO SOUSA  
37 ano(s) 25-10-1982

2-06-2020 20:38:01

POLICLINICA COSME E SILVA







MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**055.907.813-70**

Nome

**RAIMUNDO SOUSA**

Nascimento  
**25/10/1982**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26949392003-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2003

NOME  
RAIMUNDO SOUSA

FILIAÇÃO  
ANTONIO PEDRO DE SOUSA E MARIA DO S  
OCORRO SOUSA

NATURALIDADE  
TURIACU-MA

DATA DE NASCIMENTO  
25/10/1982

DOC ORIGEM  
NASC.N.45558 FLS.43 LIV.54

CPF  
\*\*\*\*\*-\*\*  
P-162

Orlando Tanta Arouche  
Diretor de Identificação  
ASSINATURA DO DIRETOR

VIA-01

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO

GERÊNCIA DE ESTADO DE JUSTIÇA  
SEGURANÇA PÚBLICA E CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

COLEGAR DIRETO

ASSINATURA DO TITULAR  
Raimundo Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS**

**DETRAN - RJ**

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº 014997498137

02 01081732226

ELTON ALVES DA SILVA

009.723.062-69

9C2K01670F014245

MAIO/2019

2019

**VEÍCULO**

TIPO: PAS/MOTOCICLET/MAO AP.LTC.

ALCO/0850L

2016

2013

**PARTEICU**

VERMELHA

**PAGOS**

1ª: R\$16.000,00

2ª: R\$16.000,00

3ª: R\$16.000,00

**PREMIO TOTAL (R\$)**

R\$10.32

**DATA DE PAGAMENTO**

06/06/2019

**SEM RESERVA DE DOUTORADO E PROIB SAIR DA RUA**

**MAZ OCIDENTAL**

**IGODomes Brasil**

**Detran-RR**

**16/03/2020**

**RR Nº 014997498137**

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradordelider.com.br**

**SAC DPVAT 0800 072 1204**

**VEÍCULO**

02 009.723.062-69

2019

16/03/2020

**9C2K01670F014245**

**PREMIO TARIFARIO**

R\$16.00

R\$10.32

R\$16.00

R\$16.00

**DATA DE PAGAMENTO**

06/06/2019

**SEGURADORA LIDER - DPVAT**

**CNPJ 09.248.008/0001-64**

**014997498137**

**00508130-1**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255323/20

**Vítima:** RAIMUNDO SOUSA

**CPF:** 055.907.813-70

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 08/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAIMUNDO SOUSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### RAIMUNDO SOUSA : 055.907.813-70

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: 10/09/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: RAIMUNDO SOUSA  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTÔNOMO RG: 26949392003-4 SSP/MA  
CPF: 055.907.813-70 ENDEREÇO: R. WALDEMAR GOMES 847  
BAIRRO: SEN. HELIO COMPER CIDADE: BOA VISTA - RORAIMA  
CEP: 69.314-560

## VITIMA: RAIMUNDO SOUSA

CPF: 055.907.813-70 DATA DO ACIDENTE: 11-03-2020  
NATUREZA: ( ) DAMS ☒ (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

## OUTORGADA:

NOME: MSE SANTANA FEITOSA GUIMARÃES  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: AUTÔNOMO  
Nº. DO RG: 114876399-3 ORGÃO EMISSOR: SSP/MA  
DATA DE EMISSÃO: 06-07-1999  
Nº. DO CPF: 627.942.803-68  
ENDEREÇO: RUA GIDEÃO NE 312 BARRO: NOVA CANAÃ

## 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, junto a DELEGACIA, 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 - RR, 29 de ABRIL de 20 20

\* Raimundo Sousa  
ASSINATURA

OBS: Reconhecer por autenticidade

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0255323/20

**Vítima:** RAIMUNDO SOUSA

**CPF:** 055.907.813-70

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 08/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAIMUNDO SOUSA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES : 627.942.803-68

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

### RAIMUNDO SOUSA : 055.907.813-70

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: 10/09/2020  
Nome: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES  
CPF: 627.942.803-68

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO