

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2964388220210129115356

Processo 0832304-75.2020.8.23.0010 ☆ - (41 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 4847 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 9	29/01/2021 11:53:56	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
9.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2777340CONTESTACAO01.pdf	Público
9.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2777340CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
8	04/01/2021 16:25:46	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/01/2021 referente ao evento de expedição seq. 7.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<div>[+]</div> 7	29/12/2020 08:05:10	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	28/12/2020 09:47:25	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE	Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
5	18/12/2020 14:24:58	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	18/12/2020 14:24:57	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	18/12/2020 14:24:57	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	18/12/2020 14:24:57	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	18/12/2020 14:24:57	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Thiago Amorim Dos Santos Advogado



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16116516



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00705/00706 - carta_10 - INVALIDEZ





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: RUDONOMO

8 - Endereço: RUA WALDEMAR GOMES

9 - Número:

847

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

12 - Cidade: LBA VISTA

13 - Estado: RR

14 - CEP:

69.34-560

15 - E-mail:

SANTANAQUIMACIESRR@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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

6953

CONTA:

30203

8

(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) (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:

LBA 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)

Fls: 1
Visto:



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	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	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 Nº: 487
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

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 Nº: 2054
Complemento: CASA
Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 15/07/2020 10:37:50

Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2

Visto:



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 aparentava nenhum sinal de alteração de capacidade psicomotora. Não houve acordo entre as partes. A motocicleta foi removida ao pátio do DETRAN caraná. 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 origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Jefferson Inacio Araújo
Agente de Polícia Civil
Matr. 04000000



Impresso por: Jefferson Inacio Araújo
Data de Impressão: 15/07/2020 10:37:50

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: 817 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS 12 - Cidade: LBA JUTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.34-560
15 - E-mail: SANTANAQUIMACASRR@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 951.7116-3685

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\$1.000,00 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) ☐ Divorçado ☐ 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, LBA JUTA-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

RORAIMA ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-64 | Insc. Estadual: 24.887.022-1

Para contato com a Roraima Energia informe este número: **0032588-0**

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ/RR

Nº DA NOTA FISCAL: **5485120** FCAM®
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
Instituída pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

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

ROMARIA PEREIRA DE SOUZA
R. GIDEAO 312 - NOVA CANAÃ
CEP: 69.314-406 - BOA VISTA

CPF: 00087608650249

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/06/2020	Anterior:	19/05/2020
Emissão:	17/06/2020	Apresentação:	18/06/2020
		Próxima leitura:	21/07/2020
		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)							
	MRB TOTAL	MRB TOD/PTA	MRB F.PONTO	MRB MANTADO EPONTO	MRB INTERMED.	MRB MANTADO INTERMED.	MRB RESERVADO
Leit. Atual	27842						
Leit. Anterior	27544						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	298						
Faturado:	298						

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA 298 A R\$ 254,87

OUTRAS INFORMAÇÕES: DATA DE TENDIMENTO: 01/07/2020

0 12 13 10 1239 194 206 280 323 208 208



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/LOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu JOÃO SANTANA FEITOSA GIMARÃES inscrito (a) no CPF 627.942.803, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CAIMVINO 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>
Email	<u>SANTANA.GIMARAESRR@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]
Assinatura do Declarante

Guia de Atendimento 17



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

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		Data Nascimento		Idade		CNS	
RAIMUNDO SOUSA		25/10/1982		37 A 4 M 14 D			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão	
IDENTIDADE		26493920034					
Mãe		MARIA DO SOCORRO SOUSA		Sexo		Estado Civil	
Endereço		RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES - 847 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		M		NAO INFORMADO	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Temp.	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório	
				<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL	
				AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> ULTRA-SON		<input type="checkbox"/> TC		<input type="checkbox"/> SANGUE	
<input type="checkbox"/> URINA		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> OUTROS:			
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO			
① DIT 4 UNV 513							
② DIT 200 29 6V							
③ DIT 200 29 6V							
④ SF 0,91 1000 ml 6V							
⑤ CEFTRIAXONA 5g 6V							
⑥ CEFAMANDOL 240 mg 6V							
Conduta							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		<input type="checkbox"/> Internação	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia							
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: DITOP							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML, Análise Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: eliene							
Data Hora: 08/03/2020 02:26:04							



2001228314

08/03/2020

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

1ª Classificação
Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

NOTURNO 19- 6

2001228314 08/03/2020 02:22:13

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
RAIMUNDO SOUSA	25/10/1982	37 A 4 M 14 D			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	26493920034			M	NAO INFORMADO
Mãe	MARIA DO SOCORRO SOUSA				
Endereço	RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES - 847 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				ELIENE
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

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

☐ IML Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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



2001228314



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 8.13.20 O.S. _____

Damundo
Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta para F

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fixação externa para F

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathas

1º aUXILIAR: Augusto

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

INÍCIO: _____

FIM: CRM-RR 1280

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Ponte em DDH sob sedação
- ② Anestesia e Analgesia
- ③ Colocação de corte externo
- ④ UMC de fixamento com 5x0,9/10L
- ⑤ Colocação de fixador externo
- ⑥ Sutura E com redução de fratura
- ⑦ com auxílio de imagem de
- ⑧ imagem
- ⑨ Sutura com Nylon
- ⑩ AO RYA após curativo

Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1280
CRP-RR 1934



EMERGÊNCIA

FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

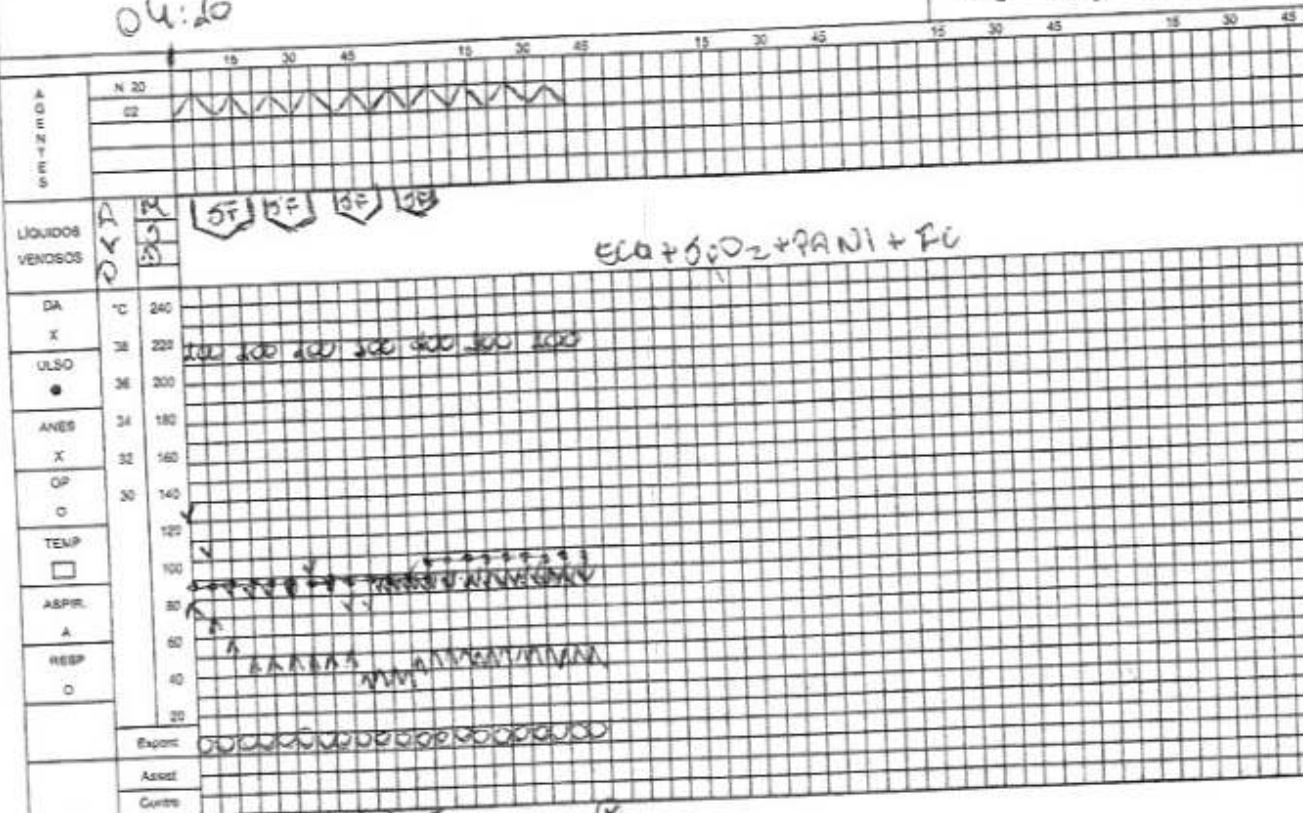
Raimundo Sousa, M, 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

04:40

Nº

08 03 2020



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TECNICA
A. Fentanil 50µg		Anestesia hiperbárica
B. Midazolam 2mg		sedação
C. Propofol 0.5% 5ml		sedação profunda
D.		
E.		
F.		
G.		
GLICOSE	LIQUIDOS	Canula - Naso - Oro Faríngea
NOC		Naso - Orofaríngea - Cérebro
SANGUE		Bol - Tampo - Calibre do Tubo
		Sob Máscara
		Difícil de Técnica
TOTAL	500 ml	100'
OPERAÇÃO	F. x 240 externa de perna (C)	

ANOTAÇÕES

1. Injeção + monitorização
2. Suetado
3. Injeção SA / L3 - L4 / Quincke 20 mediana / asseptica / LUTP.
4. 0.5% de Propofol 5mg IV
5. 0.5% de Fentanil 5mg IV

Lutangi - Espasmo - Espasmo Soro
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. J. J. J. J.

PERDA SANGÜÍNEA

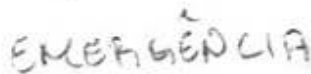
Calipatrão

Dr. Edilson

M. Daniel

Bruno Thiago de F. F. F.
MÉDICO
CRM-RR 1088

6. Dexmedetomidina 10 µg IV
7. Gt propofol 100 µg IV
8. 0.5% de Fentanil 50 µg IV
9. Midazolam 2 mg IV



FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

44

04:10

08 03 2020

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

SIMBOLCS

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

ANOTAÇÕES

- x. Injeção + medicação
1. Surtado
2. Injeção SA / L3 - L4 / Quincke 26
medicinal / asseptica / LITP.
3. Injeção de hiperbálica 0.5%.
- 3 ml SA
4. DDA
5. Espina 5 mg IV

<p>Lançamento - Espasmo - Excesso Secre</p> <p>Depressão Respiratória - Hipoxia</p> <p>"Sucking" - Vômito</p>	<p>Hemorragia - Anúria</p> <p>Bruxa Tapinacida - Choque</p>
---	---

	PERIOD 5/10/2014
Carpenter	
6.	Dexamethasone 50 mg IV
7.	Uropropyl 500 mg IV
X.	SBPA.
8.	Fentanyl 50 mcg IV
9.	Midazolam 2 mg IV

BRUNO THIAGO D. C. PEREIRA
MÉDICO
CRM-PR 10288





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 Silva		GT		08/09/20
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Colocação de fixador em perna "F"		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				
CIRCULANTE				
02:00		06:15		
TEMPO DE DURAÇÃO:				
02:00				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
7/1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
7/1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - 500ml
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0 / 1
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 22		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE SUCÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº - Adurina (Super) 60cm
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL - 200mg p/ 100ml
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO
1	SERINGA 05ML		1	KIT CATARATA Nº
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM PUPJ
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA
1	Cateter O2		1	OUTROS: elixires
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	TAXA DE SALA		
	Gabriela	TAXA DE ANESTESIA		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado: <i>Fixação externa em MJE</i>	
Nome do Paciente: <i>Raimundo Sousa</i>		IDADE: <i>37 a</i>	SEXO: F () M (x)	Nº do Prontuário	Data <i>05/03/2020</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>04</i>	Circulante de Sala: <i>Priscila Pereira</i>	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Fixador Lay Fix cl. Norma 350
Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Roberto Krum 1º AUXILIAR: Roberto Krum

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
-------------	---	--------

[illegible]

ÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

STRUMENTADOR:

1A- PRONTUARIO DO PACIENTE

IPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121.0637



SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATIVA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

[illegible]



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: João Paulo 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. Celso 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

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006





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		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 + SFO, 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					
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°C	
18 H	100x50	80		36.5°C	
24 H					

11h feito medicação e SSVV
CPM. Tec. Rígrá

22:00 Paciente ao HC

Diana Rêgo
Técnica em
COREN-PE 51.014.00

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA





GOV. DO ESTADO 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 ESQUERDA		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	HORARIO		
1	DIETA ORAL LIVRE	SUD	
2	AVP	manter	
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	12/03	
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H	12/03	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H	12/03	
6	OMEPIRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	12/03	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12/03	
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II	12/03	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	12/03	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12/03	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	12/03	
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-RN 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		

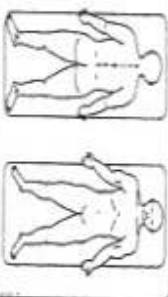
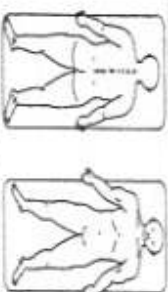
Plantão matutino
Paciente acordado, LOTE realizado
SSVV e medicação de horário.
Atua 11 n tem na farmácia

Obito próximo no meu
furo meu com
- 55/40 (4300/1616)



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 11/03/2021
PACIENTE: Reinhold de Souza DN: 25.01.87
DIAGNOSTICO(S): paciente admissao de trauma E

DIH: 21.3.2021

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSORIAIS (DATA 1/1/): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1/): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB + Salmeterol

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

sem dados para cirurgia

Boa Vista, 11 de Março de 2021 Hora:

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

Laudo de Internação (Ronam Pacheco) ...



**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
Nacionalidade BRASILEIRA		
Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO SOUSA		
Nome do Responsável RAIMUNDO SOUSA		Fone p/ Contato
Endereço RUA - VERIADOR WALDAMER GOMES	Número 847	Bairro SENADOR HELIO CAMPOS
Município BOA VISTA	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
Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto ()		C. Int 02
		CID P 5628
		CID S V299
		CID CA
		M. Sa 31
Alta (X) Trans () Obito		

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		0702030406	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 08.03.20	CPF Autorizador 768.264.736-15	CNS Autorizador 898 0007 5018 1917
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria	CPF Auditor	CNS Auditor

FATURISTA
[Assinatura]
CONTABILIDADE E GESTÃO HOSPITALAR



NIR 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: **NIR**

2 - CNES: _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____

4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Camila de Sousa**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **179010**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____

8 - DATA DE NASCIMENTO: **05/10/82**

9 - SEXO: **1** (Masc) **3** (Fem)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Maria do Socorro Sousa**

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Rua Venâncio Waldemar Gomes - 847 - Heliópolis**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Boa Vista**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **R 4**

15 - UF: **R 4**

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: **to Acima**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Rx + exame físico**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **fratura exposta perna E**

21 - CID 10 PRINCIPAL: _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **fixação externa perna E**

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: **João Alves Barbosa Filho**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **11/03/20**

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: _____

37 - Nº DO BILHETE: _____

38 - SÉRIE: _____

39 - CNPJ EMPRESA: _____

40 - CNAE DA EMPRESA: _____

41 - CBOR: _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0408050500**

46 - DOCUMENTO: _____

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **8/4/20**

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

5828

1799



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 8.3.20 O.S. _____

Ramundo
Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta para F
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fixação interna para F
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathas 1º aUXILIAR: Augusto
2º aUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º aUXILIAR: _____ ANESTESISTAS: _____
INÍCIO: _____ FIM: CRM-RR 1289 DURAÇÃO: _____

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1289

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH sob sedação leve
- 2) Propriedade e A. Linhas
- 3) Colocação de Laminas
- 4) 2 MC de fixamento com 5x0,9x10L
- 5) Colocação de fixador externo
em fratura E com redução de fratura
com auxílio de instrumentos de
maneira
- 6) Sutura com Nylon
- 7) Ad Kyt para curativo

CRM-RR 1289



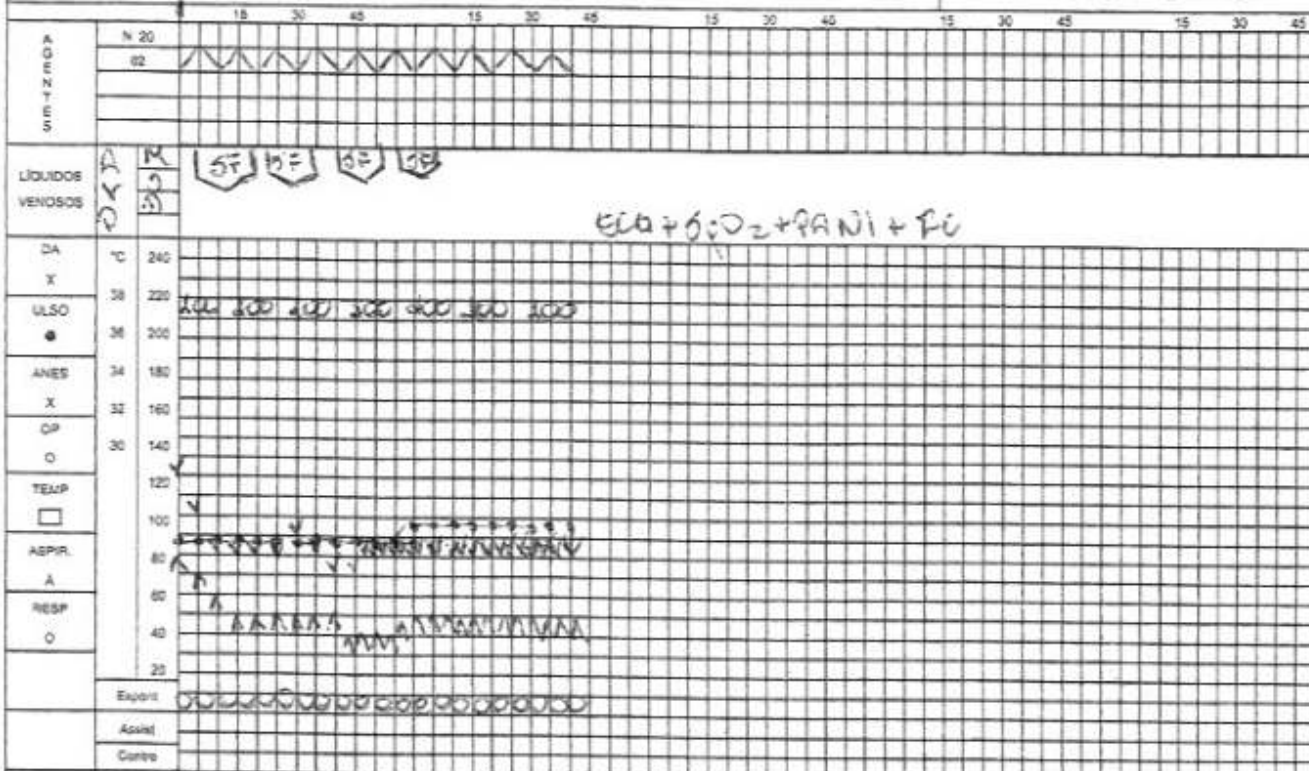
EMERGÊNCIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Naideuza Sampaio, M., 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	Nº
04:10	08 03 2020



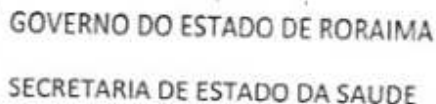
SÍMBOLOS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100
----------	---

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Fentanyl 50µg		Naídeuza anestesia hiper-	X - Check up + monitorização
Midaxolam 2mg		bárica com seringa	1. Sucesso
Propofol 0.5% 3ml		sem vent. lavagem espanta-	2. Sucesso SA / LG - LU / Quincke 20 /
D		men.	medicinal / asseptica / LU 70
E			3. Sucesso anestesia hiperbárica 0.5%
V			3 ml SA
O			4. OPA
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe	5. Sucesso 5 mg IV
NOCD		Naso / Orofaríngeo - Depo	
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre do Túb	
	0.5 2000 ml	Bob Máscara	
		Difusidade Torácica	
TOTAL	2000 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	F. x 2ção externa de perna (P)		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Edilson		Dr. Jucata	Calcular

Dr. Daniel

BRUNO THIAGO C. PEREIRA
MÉDICO
CRM-RR 1088

6. Sucesso anestesia 10 mg IV
7. Sucesso propofol 100 mg IV
X - OPA
8. Fentanyl 50 µg IV
9. Midaxolam 2 mg IV



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Raimundo Costa		G1				08/03/20 </td	
CIRURGIA							
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO			
Colocação de fixador em				INICIO		FIM	
peça "F"				04:25		06:15	
EQUIPE MÉDICA							
CIRURGIÃO				ANESTESISTA:			
1º AUXILIAR				RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
CIRCUANTE							
TIPO DE ANESTESIA:				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.				VALOR			
MATERIAIS				MEDICAMENTOS			
PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.				FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO			
PACOTES GAZE				FRASCOS- SORO RINGER LACTADO - 500ml			
LUVA ESTERIL 7.0				FRASCOS- SORO GLICOSADO			
LUVA ESTERIL 7.5				FIO VICRYL Nº			
LUVA ESTERIL 8.0				FIO MONONYLON Nº 2.0 / 1			
LUVA ESTERIL 8.5				FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M)				FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
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				FIO SEDA Nº			
SERINGA 01ML				SURGIGEL			
SERINGA 03ML				CERA P/ OSSO			
SERINGA 05 ML				KIT CATARATA Nº			
SERINGA 10ML				GEOFOAM PUR			
SERINGA 20ML				FITA CARDIACA			
Cateter O2				OUTROS:			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)				VALOR			
ENFERMEIRA CHEFE				AMAMENTOS			
SUB-TOTAL							
FUNÇÃO/CÁLCULOS				TAXA DE SALA			
CIRCUANTE DE SALA				TAXA DE ANESTESIA			
SOMA							
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							





"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS
Especialidade:

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Fixação externa em MJE	
Nome do Paciente: Raimundo Sousa		IDADE: 37 a	SEXO: F () M (x)	Nº do Prontuário	Data 08/03/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Suzângia Nancía / Gabriel / Raimundo	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					
Fiv. Lay Fix. cl. Barra 350					
Dados dos materiais/Serviço					

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: <u>João Thom</u>		1º AUXILIAR: <u>R. J. J. J. J.</u>
INSTRUMENTADOR: <u></u>		
Empresa ()	Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
TEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	

[illegible]

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: enr.ma.hor@hotmail.com





ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Raivado Sampa
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 se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ 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: 11/03/2020 Assinatura: _____

Hora: 09:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Dra. Cecília David

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 se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☒ Sim () Não

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

Assinatura: Dr. Carlos

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 Sousa				
AGNÓSTICO	M de Damião Sousa				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	3/3/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			J V D	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			na art	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			na art	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			na art	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			na art	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			na art	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			na art	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			NTF	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			na art	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			na art	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			na art	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			na art	
13	SSVV + CCGG 6/6 H			na art	
14	CURATIVO DIÁRIO			na art	
15	Tiludil 20mg EV 12/12h			na art	
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

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA UNIDADE DE CLÍNICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HGR
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	Raimundo Sousa					
DIAGNÓSTICO	Fratura Esférica De Fêmur (E)					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO	107-1	DATA	08/03/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>Suspensão</i>					SUSPENSÃO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					
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)					
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H					
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					
10	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					
14	CURATIVO DIÁRIO					
15	<i>Dexametasona 4mg EV 12/12h</i>					
16	<i>Clonazepam 0.5mg EV 06/06h</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 70-130: 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Dr. Cláudio Okemini
Médico
CRM/R 3851

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS			
6 H	94/65	87	36.2
12 H			
18 H			
24 H	103/67/1	84	35.2

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

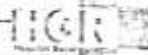
Devolver ao NIR após
transfêrencia

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		SNV
2	AVP		mark
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		18.06
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H		20.08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H		18.06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA		06.00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR		SNV
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		NTF	(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 medicacão e SSVV
CPM. Tec. Buíra

22:00 Paciente ao HC

Diana Regina
Técnica em
COSEN-RE 01014 (F)

17:30

97

~~24/12/5~~

PA 113X 67 FC 716P
TAN, 367C

DEHS
PA 104V62
TX 34C
FC 81

26 HS para San Gerardo al' o mueren?
 Quiero clero *Hand*
 C. de C. de C. de C.
 C. de C. de C. de C.

107-L



Serviço de Ortopedia
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				
IDADE	LEITO				
ITEM	DATA				
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 IR				
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					
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					

HORÁRIO

SND

manhã

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

12:00

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

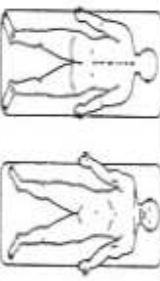
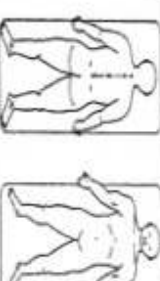
Plantão matutino
at acomodado. Lote realizado
SSVV e medicação de horário.
Lote 11 não tem na farmácia

06/11/2020
furo no osso com
- SSVV 1400 13/01/2021



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

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

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

DATA: 11/02/20
PACIENTE: Rosângela Sousa DN: 250087
DIAGNOSTICO(S): problemas agudos de rins E

DIH: 31.3.2020

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS:

CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca: Cl:

HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

ATB + Salmeterol

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

sem dor para cirurgia

Boa Vista, 11 de março de 2020 Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM

CRM

Anexo I

NIR

Trans: 11/03/20

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

NIR

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

179010

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO
25/10/82

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria do Socorro Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Venâncio Waldemar Gomes - 847 - Heliópolis

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

PR

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 Acima

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

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)

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)

0408050500
5828
V795



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
SENDO

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. Edson Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

sábado, 11 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR





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

2-06-2020 20:38:01
POLICLINICA COSME E SILVA







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 Tânia Arouche
Diretor do Registro Civil

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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PUVA9 DRACD BVJ68 BMTBB



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 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 BAIRRO: 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 2020

* 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 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

