

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO:

13/10/2016

REGISTRO
GERAL

239717

NOOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATIVIDADE

SANTA INÊS - MA

DOC. ORIGEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

Portaria Presidencial - Decreto de 1978

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1978

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

P 1

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPRÉGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

124.20857.11-0

4811579

0040

RR

Jaime Francisco Caetano da Silva



QUALIFICAÇÃO CIVIL BRASILEIRO

JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

FILIAÇÃO..... CIPRIANO DA SILVA

MARIA RODRIGUES CAETANO

NASCIMENTO....: 30/04/1970 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 48111 SESP RR 11/03/2003

LEI Nº 9.099, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 322.965.522-15

ONI.....:

TIT. ELEITOR: 001538152623

SECÃO: 0234

ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRI/ERR - 20/05/2014

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200282762 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DISTAIS DOS OSSOS DA Perna DIREITA. P2/19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P7/9/23 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0221963/20

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

CPF: 322.985.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA : 322.985.522-15

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: 07/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200282762 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS EXPOSTAS DISTAIS DOS OSSOS DA Perna DIREITA. P2/19

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P7/9/23 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Jairine Franclislo Caetano da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Funcionário RG: 86.115.321-RR
CPF: 320.985.522-15 ENDEREÇO: R: Altair Pereira de Melo, 1089
BAIRRO: Do Sertão CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.373-0780

VÍTIMA: Jairine Franclislo Caetano da Silva
CPF: 320.985.522-15 DATA DO ACIDENTE: 23/02/20
NATUREZA: DAMS INVALIDEZ MORTE

OUTORGADA :

NOME: Willigem Gonçalves Franclislo
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Funcionário
Nº DO RG: 330777 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13/12/16
Nº CPF: 825.296.343-90
ENDEREÇO: Rua: CC 11 294 Centro Morada

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Indivíduo, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista/RR, 18 de Maio de 2090

Jairine Franclislo Caetano da Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0221963/20

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

CPF: 322.985.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA : 322.985.522-15

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: 07/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

WILLIAM GONCALVES FRANCO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

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

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200282762

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200282762**

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000044033-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *330.985.529-15 Janne Franklin e. Silveira*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Janne Franklin e. Silveira* 6 - Número: *330.985.529-15*
 7 - Profissão: *autônomo* 8 - Endereço: *Rua altair Pereira de Mello 1089* 9 - Número: *10 - Complemento:*
 11 - Bairro: *Brasília Igreja* 12 - Cidade: *Boa Vista* 13 - Estado: *RR* 14 - CEP: *69.313-780*
 15 - E-mail: *9913-3865*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins do 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: *3027* CONTA: *00044033 4*

(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)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Óbito da vítima

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar se teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (ve/nascit): Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar se vivos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 289 do Código Penal.

34
Imprima o
dígito da
vítima ou
beneficiário
que assinou

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

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

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

40 - Local e Data:

Boa Vista RR 07 de julho de 2020

X Janne Franklin e. Silveira declarante

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 27 de julho de 2020
Jesualdo Costa Lima
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019747/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/07/2020 17:28:31 Data/Hora Fim: 27/07/2020 17:28:31
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/02/2020 03:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Equatorial

Logradouro: Av. Gen. Ataíde Teive/RR/BV e Av. Jesualdo Costa Lima

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/04/1970 Idade 50
Profissão: Autônomo Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Rodrigues Caetano Naturalidade: Boa Vista
Nome do Pai: Cipriano da Silva

Documento(s)

RG: 86111

CPF: 322.985.522-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: 1089

Complemento: prox. igreja cat.

Bairro: União

Nome Civil: ALISSON BRUNO PIMENTEL DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 18/03/1992 Idade 28
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marlete Nunes Pimentel Naturalidade: Boa Vista
Nome do Pai: Jaime Francisco Caetano da Silva

Documento(s)

CPF: 025.972.052-66

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ALTAIR PEREIRA D MELO

Nº: 1089

Bairro: UNIAO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019747/2020-A01

Telefone: (95) 99137-8848

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.286.342-97	Placa NAY1512
Renavam 00126627215	Número do Motor JC41E19002728
Número do Chassi 9C2JC41109R002728	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 03/01/2020	Situação do Veículo RESTRIÇÃO_BENEFÍCIO_TRIBUTÁRIO_FILE_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alisson Bruno Pimentel da Silva	Proprietário
Jaime Francisco Caetano da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico 95- 99137-8848, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 23/03/2020, por volta das 03h:25min da madrugada, o comunicante estava na garupa de uma motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 125 FAN KS, cor preta, Placa NAY-1512; QUE o condutor dessa motocicleta era seu filho de nome ALISSON BRUNO PIMENTEL DA SILVA; QUE seu filho trafegava na Av. Gen. Ataíde Teive/RR/BV, sentido Bairro; QUE ao tentar transcolar-se de avenida, para a Av. Jesualdo Costa Lima, no bairro: Equatorial/Boa Vista - RR deparou-se com um buraco nesta avenida; QUE ao passar por dentro desse buraco, seu filho ALISSON perdeu o controle da motocicleta e ambos foram arremessados da motocicleta com o impacto; QUE ambos sofreram lesões, porém o comunicante teve lesões graves, que teve fratura exposta que o osso do fêmur direito havia saído de sua perna e estava visível; QUE alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência à SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima à HGR; QUE o comunicante e seu filho ALISSON tiveram diversas lesões como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (12/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020

Hualacy Seelig
Assinatura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019747/2020-A01

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva

Escrivão de Polícia

Matrícula 42000511

Responsável pelo Atendimento

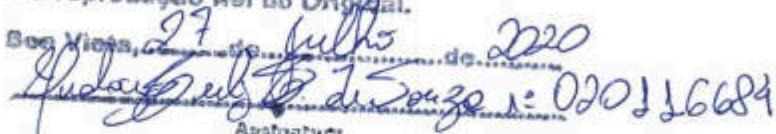
Jaime Francisco Caetano da Silva

Vítima, Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas 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."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020

 Meire Moura da Silva
 Assinatura

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *330.985.529-15 Janne Franklin e. Silveira*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Janne Franklin e. Silveira* 6 - Número: *330.985.529-15*
 7 - Profissão: *autônomo* 8 - Endereço: *Rua altair Pereira de Mello 1089* 9 - Número: *10 - Complemento:*
 11 - Bairro: *Boa Vista* 12 - Cidade: *RR* 13 - Estado: *69.313-780* 14 - CEP:
 15 - E-mail: *9913-3865*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins do 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: *3027* CONTA: *00044033 4*

(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)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

28 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (não Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Óbito da vítima? _____

29 - Grau de Parentesco com a vítima: 30 - Vítima deixou compõnente(s): Sim Não 31 - Vítima deixou irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

34 - Vítima: Sim Não 35 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 36 - Vítima deixou netos(nasceram): Sim Não 37 - Se tinha netos, informar Vivos: Falecidos: 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Boa Vista RR 07 de julho de 2020*
 X *Janne Franklin e. Silveira* *Willian Gonçalves*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000044033-4

Nr. da Autenticação 7E7C6AB35541A0A4



RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

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

IE: 240070223

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

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSESSORIA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TFM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PELIVISAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves França

inscrito (a) no CPF/CNPJ 823.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jáson Francisco Lactâncio da Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 322.985.522-15
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da vítima *Jáson Francisco Lactâncio da Silveira*

inscrito (a) no CPF sob o N° 322.985.522-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua cc 11</u>	Número:	<u>394</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
Email:	<u>affranco992@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves França
Assinatura do Declarante

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

2001223458	23/02/2020 03:45:24	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	13		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	07	Prontuário		
JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA		30/04/1970	49 A 9 M 23 D		32298552215				
TIPO DOC	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade		
IDENTIDADE	86111			M	SOLTEIRO	(A)PARD	BOA VISTA - RR		
Mãe					Pai		Contato		
MARIA RODRIGUES CAETANO					CIRIANO DA SILVA				
Endereço							Ocupação		
RUA - ALTAIR PEREIRA DE MELO - 1089 - UNIAO - BOA VISTA - RR							NÃO INFORMADA		
Class. de Risco	Piano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal				
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE								
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Tomp.	Peso	Pressão			
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA								
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.							
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL								
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
"Fratura exposta"									
Anamnese de Enfermagem							GSC	TOTAL	
							AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	SAMU com relato paciente trazido pelo Encontro paciente amobilizado em prancha ergida, com colo curvado de lado em mi BEG, embriago, eupneia, inconsciente AR: m/OS/RA /ABD/ p/ alterações /Ext. pulsos em este modo distal ausente? ECG (Preservado)								
Hipótese Diagnóstica									
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-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: <u>15</u>								
PREScriÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO							
1) Refluxo 1a EV 2) Gastroesofagite 40mg EV 3) Dipirona 1a EV 4) Talcum 10mg EV 5) SF 0,9% 500ml EV 6) ATT 0,5ml IN	04/41	Rwanilde G. Dantas COREN-RN 20.654-TE							
Conduta									
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <u>outro</u>	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: <u>11</u>								
Óbito									
Antes do 1 ^º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IMB/Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico								



23 FEVEREIRO 2020

* Chotopedia (da 05: 12)

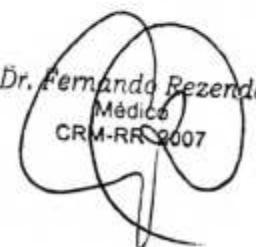
TCC um para 

RX unicamente TX da Omer da pena 

UD: Fratura Cx para de Túlia e fíbula 

AO: Ao CC.

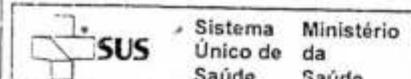
Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 9007



NIR

Anexo I

Transf. 26/03/2020


**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

NIR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.G.R

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jaime Francisco Lactano Da Silva

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

178621

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101501351807138259

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/04/70

9 - SEXO

Masc. 1Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Márcia Renata Lactano

DOD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua. Alcain Pereira de Melo 1089 Unice

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João Pessoa

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pac. 38 de 49 anos de idade com
fratura exposta de pilos libral
aberto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento longo

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

Historia + Exame Físico + Radiologia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta de pilos libral (L)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento limpo fratura exposta de pilos libral (L)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

-26 - CLÍNICA

-27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Pablo

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/02/2020

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

Dr. Odilacar
Médico
CRM 1851

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPDA SEGURADORA

37 - N.º DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050543

SPZ

03/02/20

W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"
Fim Francisco Coletiva do Silveira 49a.
PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO
Nº 3

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N° 3000 this Co - 100

21610/20.

N 20
02
10/11/08 16:06

LIQUIDOS VENOSOS

DA °C 240
X 38 220
ULSO ● 36 200
ANES X 34 180
OP 32 160
O 30 140
TEMP □ 120
ASPIR. A 100
RESP O 80
Expir 60
40
20

Assist X O 0 X

SÍMBOLOS

ENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
		<p><i>Bovwamericano</i></p> <p><i>Plumbos</i></p> <p><i>sem fertilizante</i></p> <p><i>expansores</i></p>	<p><i>X monitorização</i></p> <p><i>Obesidade ok</i></p> <p><i>O envolve ok</i></p> <p><i>Q antinegativa região toracica</i></p> <p><i>cer do col rot. braco off</i></p> <p><i>conferir L2/L3 1g/100ml</i></p> <p><i>250ml de ar-ink. Lipos</i></p> <p><i>cloro venoso.</i></p>
OSE	LIQUIDOS	Cápsula - Naso / Oro Faringea	
D		Naso / Otorrino - Cego	
GUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo	
		Bob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
AL			
RAÇÃO			
		<i>Excesso extura d histeria exagero tipo ①</i>	
ESTESIA			
		CÓDIGO	CIRURGÃO
			PERDA SANGUÍNEA

Dra. Ana Paula Thomé
Médica

scriblio.

③ *festina lente*

⑥ Oily monosaccharide (D-ribofuranose)

Our signs
go up



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

43 a

NOME DO PACIENTE Jaine Francisco Costaro da Silva		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 23 / 01/2000	
CIRURGIA					
TIPO Técnicas cirúrgicas g. frot. exposta de tibia (fissões extera)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 11.30	FIM 13.10	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Pablo	ANESTESISTA: Dra. Kira Paula	RES. ANESTESIA: Dr. Emanuel (Rai)	INSTRUMENTADOR		
1º AUXILIAR Dr. Odineck	CIRCULANTE Bárbara M. Raimundo				
2º AUXILIAR					
TIPO DE ANESTESIA: Oráquice	TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	500,00	10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500,00
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 20	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	100,00		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15F	22,00		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDASSEY NYLON 1	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ALGODÃO 20	
1	SERINGA 03ML		1	GERAPLOSSO ELETRO P/ DSG	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATGUTA Nº 125 P/ PENROSE 25	
1	SERINGA 10ML		100,00	GEODIAM ALGODÃO 70%	
1	SERINGA 20ML		50,00	KIT CARDIACO ELETRO CIRURGICO	
			12	OUTROS ELETROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Suellen Brika	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

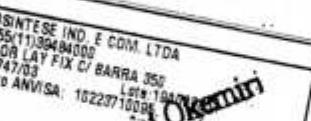


ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIBÚRGICOS

ESTABELECIMENTO: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente:		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário		Data
Bloco:	Enfermaria:	Leito:		Nº da Sala		Circulante de Sala:
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:						

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRÍÇÃO DO ITEM		QUANT
01	Fixador interno 350 mm		1
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 4747/03 Lote: 194002351 Registro ANVISA: 10223710095 </div>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; transform: rotate(-15deg);"> ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350 Ref. 4747/03 Lote: 194002351 Registro ANVISA: 10223710095 </div>			
			
MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Odilonacil Okamini Médico CRM/RN 1851			
1º AUXILIAR:			

MÉDICO CIRURGIÃO

1º AUXILIAR-

INSTRUMENTADOR·

MÉDICO CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR·

1^º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

1- VIA FRONT
28 ORME/CME

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



BOLETIM OPERÁRIO

Data: 08/06/00

O.S. _____

p/ jesus pauzinho
caetano da alba

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º auxiliar:

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pcl da face plana anterior.
② Desper + anter + alto + de tempo
entre ③ que é excentrica ret. media
de fragmentos ossos des-tal-jados.
④ rebos de fragmentos fraturados bolo em
de pressão entre em Delt. ⑤ do fr
albunes palatino ⑥ fura Dentro
⑦ Pcl.

AN. D. M. C. E. M. A. M. G.
União de Cirurgião Dentista
CRM-RR 1242 / S. 02: 550

04

JAIME FRANCISCO F. DA SILVA
ID: HGR-1391384333
Sex: Male

10 cm

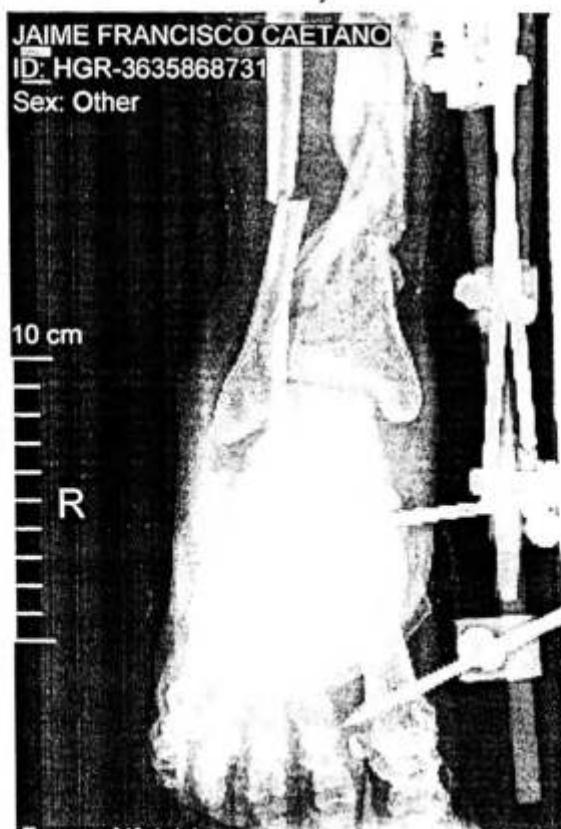
R

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 10,64%
Window/Level: 256/128
Lossy comp.:
DX (4240x3480)

H

HOSP GERAL DE RORAIMA
MEMBROS INFERIORES
Study ID: 2002230440576462
Acq.: 23/02/2020
Acq.: 04:42:44.000000

Series Nb: 1
Laterality: B
TORNOZELO



* IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica		 CHAVE DE ACESSO 1419 1110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 1510 0000 7859 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora									
QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A CENTRO - 69301-200 Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571		0 - ENTRADA 1 - SAÍDA	1 Nº. 000.000.115 Série 001 Folha 1/2										
TURMA DA OPERAÇÃO		PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 314190002930555 - 11/11/2019 21:55:06											
INSCRIÇÃO ESTADUAL 240161736		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ		10.631.897/0001-05									
ESTINATÁRIO / REMETENTE				DATA DA EMISSÃO 11/11/2019									
FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DE RORAIMA - FUNDES DIRECÇAO V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N INÍCIO Boa Vista		BAIRRO / DISTRITO NOVO PLANALTO UF FONE / FAX RR 9521210521		CNPJ / CPF 05.370.016/0001-00 DATA DA SAÍDA/ENTRADA									
VALOR DO IMPOSTO DE CÁLC. DO ICMS 0,00 LOR DO FRETE VALOR DO SEGURO 0,00		VALOR DO ICMS 0,00 DESCONTO 0,00		BASE DE CÁLC. ICMS S/T 0,00 OUTRAS DESPESAS 0,00									
				V. IMP. IMPORTAÇÃO 0,00 V. ICMS UF REMET. 0,00									
				VALOR DO FCP 0,00 V. TOT. TRIB. 0,00									
				VALOR DO PIS 0,00 VALOR DA COFINS 0,00									
				V. TOTAL PRODUTOS 94.100,00 V. TOTAL DA NOTA 94.100,00									
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS													
INSCRIÇÃO ESTADUAL CNPJ / CPF		FRETE POR CONTA FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT MUNICÍPIO									
DIRECÇAO INSCRIÇÃO ESTADUAL				UF UF									
QTD 1		ESPÉCIE MARCA		NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO									
DETALHAMENTO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
DETALHAMENTO DO PRODUTO / SERVIÇO		NCM/SH	0/CST	CFO/P	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	R.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
0001	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19B002620	90211020	0400	5103	UN	5.0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19H001219	90211020	0400	5102	UN	17.0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E001220	90211020	0400	5103	UN	3.0000	600,0000	1.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E001529	90211020	0400	5103	UN	3.0000	600,0000	3.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E001530	90211020	0400	5103	UN	17.0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E001531	90211020	0400	5103	UN	17.0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E003733	90211020	0400	5103	UN	3.0000	600,0000	1.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E003735	90211020	0400	5103	UN	6.0000	600,0000	3.600,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0009	FIXADOREXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E003736	90211020	0400	5103	UN	2.0000	600,0000	1.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0010	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19A002349	90211020	0400	5103	UN	7.0000	600,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0011	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19A002351	90211020	0300	5103	UN	14.0000	600,0000	8.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0012	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19A003616	90211020	0400	5103	UN	17.0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0013	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19A003617	90211020	0400	5103	UN	8.0000	600,0000	4.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0014	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19B00226	90211020	0400	5103	UN	4.0000	600,0000	2.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0015	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19A004667	90211020	0400	5103	UN	15.0000	600,0000	9.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0016	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19I000754	90211020	7400	5103	UN	8.0000	600,0000	4.800,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E001138	90211020	0400	5103	UN	5.0000	530,0000	2.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0018	FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSÍNTESE, LOTE 19E001139	90211020	0400	5103	UN	3.0000	530,0000	1.590,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DETALHAMENTO ADICIONAL FORMAÇÕES COMPLEMENTARES								RESERVADO AO FISCO					
Contribuinte: Informações Adicionais de Interesse do Fisco: PROCESSO N° 007273/19-33 DATA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02212-9 INSTITUCIONAL: BANCO DO BRASIL JENCIAC 17-4 INTA CORRENTE: 56.164-9. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL fisco: &Qd.													

Nome: Jairineu Fumagano Coutinho da Silveira
 Data de Nasc: 30/04/1970 Idade: 49 Setor/Leito: Av. 411-2

 Data: 23/02/2020

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	SRPA					
<input checked="" type="checkbox"/> Tumor	<input checked="" type="checkbox"/> D												
1. Informações:													
Jejum (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Prótese (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Exames (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Reserva UTI (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Lateralidade (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
PNE (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Alergia (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Qual: _____													
Reserva de Hemoderivado:													
(<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não													
Outros:													

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Término da Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais						
					Horário	T	EC	PA	SPO2	ALBRE-	DOR
					13:00	15'	30'	90'	90%	0/10	0/10
<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:45	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
Cirurgia Realizada											
<input checked="" type="checkbox"/> Tumor	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
Posicionamento											
<input checked="" type="checkbox"/> Abdominal	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratação Infundida	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
<input checked="" type="checkbox"/> Antibióticoterapia	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
<input checked="" type="checkbox"/> Hemoderivados	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10
<input checked="" type="checkbox"/> Observações:	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 14:30	<input checked="" type="checkbox"/> 13:10	<input type="checkbox"/> ...	<input checked="" type="checkbox"/> 14:00	<input checked="" type="checkbox"/> 15'	<input checked="" type="checkbox"/> 30'	<input checked="" type="checkbox"/> 90'	<input checked="" type="checkbox"/> 90%	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10	<input checked="" type="checkbox"/> 0/10

Anatomia Patológica:
 Não
 Sim
 Outros: _____

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Venoclise
<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno	<input checked="" type="checkbox"/> 8. Dreno
<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE	<input checked="" type="checkbox"/> 9. SNG/SNE
<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote	<input checked="" type="checkbox"/> 10. Garrote
<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 11. TOT (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____	<input checked="" type="checkbox"/> 12. SVD (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Sim N° _____
<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> 13. Outros:

Entrada	Saída
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Eletrodos
<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Oxímetro
<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Manguito PA
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Placa de Bisturi
<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Incisão
<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Cateter O2
<input checked="" type="checkbox"/> 7	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda	Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	<i>14:30 - pós</i>
<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	Prevenir Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção	Prevenir infecção evitável	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos	<i>14:30 - pós</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Desequilibrio do Volume de Líquidos	Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido - básico	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hipertermia, calor, rubor e hipertermia)	
<input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável	Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações	
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	Propiciar a recuperação adequada da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)	<i>14:30 - pós</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada		<input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinalização conforme prescrição médica	<i>14:30 - pós</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda	Controle da dor e promover conforto	<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	<i>14:30 - pós</i>
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	Proporcionar troca gásosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar	
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas	Controle / Ausência de náusea	<input checked="" type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
<input type="checkbox"/> Ansiedade	Controle de ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas	
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica		<input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	<i>14:30 - pós</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada		<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
		<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
		<input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório.	<i>14:30 - pós</i>
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM			
<p><i>14:30 pts administrados 200 ml de suco de laranja e 100 ml de suco de laranja</i></p> <p><i>monitores em multiparamétricos, acomodados no seu leito, descuberto dorsal, orientado em IOD, ao lado</i></p> <p><i>procedimento realizado curátria orientando a SRPA e familiares</i></p> <p><i>Suellen Ramo</i> <i>Enfermeira</i> <i>COPHAR 35.935</i></p>			
		Responsável:	

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

 Nome J. Almir Paulo
 Responsável Cirurgião J. Almir Paulo

PAUSA CIRÚRGICA (sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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 SANGUÍNEA > 500 ml

Não
 Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS

- Não se aplica
 Sim, Qual: 0,500 ml Hora: 06:45

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- Sim Não
 Não se aplica

 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

 OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:
 1- O NOME DO PROCEDIMENTO
 Sim Não

 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS ESTÃO CORRETAS
 Sim Não Não se Aplica

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

 SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
 Sim Não

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

Sim Não Não se Aplica

 Suelen da S. Romos
 Suelen da S. Romos
 Assinatura

 Assinatura
 Assinatura e Carimbo

 Data 1/09/2015

Assinatura

Hora: _____



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Jaime Francisco Pachano da Silveira			
AGNÓSTICO	Fratura exposta pilan abdo direito			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	23/02/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			M
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			10/24/08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			16/22/04/10
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			Suspensos
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H			estimativa
14	CURATIVO DIÁRIO			Curativo
15	Ceftriaxone 1g SAI 12/12h			18/06/10
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

Dr. Odinacar Okemir
Médico
CRM/RR 1851

Evolução médica:

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	108/65	86	
24 H	132/60	67	36/1

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06/04/10 18/06/10 18/06/10
Plantas: Diurna:

Paciente no leito, nm dr.

aceite bem medicções prescritas. Siga os cuidados de

Diretor
Diney
Diniz
Diney Ferreira Diniz
COREN-RR 876.689-16

25 das 11 as 07/09/07
02 Administrado neli
1º encontro de aconselhamento
2º com reunião
medicina aferindo
Sinais vitais

Raimunda L. de S.
02/09/07

~~Atendida com atenção e carinho~~
Atendida com atenção e carinho

05/09/07

02/09/07

05/09/07 na 01 consulta

2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

A1-2

DATA DE ADMISÃO	DIH	DN
PACIENTE	Jamil Fávercio Collares	
AGNÓSTICO	Ex: edema p/ 105 + PAD	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2
ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	02/12
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	10:00
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	10:00
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12:00 20:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06:00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	12:00
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	06:00
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	06:00
13	SSVV + CCGG 6/6 H	06:00
14	CURATIVO DIÁRIO	06:00
15	Oral gmo 16 EV 12/12h 22:00	06:00
16		
17	10ml Dr. 20g 5/12/12h 20:00	
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

Dr. Anderson Cavalcante
Residente Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

SOLICITADO : RX; # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	138/82	72	36
18 H	130/90	84	36
24 H	120/68	78	36

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Planteira matutina 06:00.
Pt agarrado 1016, realizada
ss. a medicação de horário.

1155. As 18.00 da dia 24/02/20, o paciente no leito medicado e pm
sem intercorrências e no dia 18/03/20, o paciente com sintomas da enfermagem
e posse de febre, tosse, dor de garganta, dor de peito, dor de estômago.
CÓDIGO: RR.000.451.072



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

HICR
Hospital Clerical
the Heart of the City

DATA: 1990-08-10 10:17:00
Hospital: General de Monterrey

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/02/2020	DN
PACIENTE	JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	111-2	DATA	25/02/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			11/00
2	AVP			11/00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			12/18
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			12/18
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			12/18
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			12/18
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N			11/00
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			11/00
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			11/00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			11/00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			11/00
12				
13	CURATIVO			CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6H			Refrig
15				
16	<u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM MID DIA 23/2/20

SINAIS VITais					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR/1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	100x60	97		36 °C	
18 H	114x61	63		36 °C	
24 H	146x86	75			

12h. não administrado em 03 ; pois não foi dispensado pela farmácia.



GOVERNO DO 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	23/02/2020	DN
PACIENTE	JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	111-2	DATA	26/02/2020
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			24
2	AVP			12 06
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			12 06
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			12 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H			12 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			12 06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			12 06
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IM			12 06
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			12 06
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H			12 06
12				
13	CURATIVO			12 06
14	SSVV + CCGG 6/6H			12 06
15	<i>ao jdc</i>			
16				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM MID DIA 23/2/20

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964
6 H	PA	FC	FR	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	107	75	19	
18 H				
24 H				

VB5: An 12:00 a farmacia não disponibilizou o item 3-11-

José de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072

VBS: A, 12:00 do dia 26/02/20, o paciente no leito medicado CPm
sem intercorrência exige os cuidados da enfermagem

Assinatura de Enfermagem
COREN-RP: 020-451.072



B2A
111.

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

Eu Júlio Ferreira c/aut. CPF n°

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.

2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 24 de Fevereiro de 2020

Assinatura do paciente: Jaime Francisco Calmo dos SIlva

Responsável:

1) Assinatura:

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, ____ de _____. de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico

CBM

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____



111-2

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 26/2/30
PACIENTE: Samy F. Cidomo a/5103 DN: 20.4.40
DIAGNÓSTICOS: indura espinal de 1100 fms

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ACAMADO DEAMBULA O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: VIA ORAL SNE OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS:
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:
Ciprofloxacin 500 mg

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Boa evolução

Boa Vista 26 de fevereiro de 2021 Hora: _____

Dr. Augusto Chivalante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1004

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM _____

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



LOTTY IRIS RAIOS-X
JAIME F.C.DA SILVA,
049Y Sexo: M Data: 08/04/2020 14:57
Técnico: FAIVA