

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

239717

DATA DE
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SANTA INÊS - MA

09/12/1978

DOC. ORDEM

CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35

2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI

2 VIA

*Partido Populista do Povo
Diretor de Ident.*

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

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

NASCIMENTO: 30/04/1970

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 85111 SESP RR 11/03/2003

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 322.985.522-15

TIT. ELEITOR: 001538152823

SEÇÃO: 0034

ZONA: 005

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 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

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JAIME FRANCISCO
CAETANO DA SILVA

CPF de: Próprio

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: Jaime Francisco Caetano da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Gravador RG: 86.111 SSP-RR
CPF: 322.985.522-15 ENDEREÇO: R: Altair Pereira de Melo 1089
BAIRRO: D. A. Aguiar CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.313-0780

VÍTIMA: Jaime Francisco Caetano da Silva
CPF: 322.985.522-15 DATA DO ACIDENTE: 23.02.20
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Francisco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239777 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11 294 bairro Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por incapacidade 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 2020

x Jaime Francisco 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

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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 322.985-522-15 3 - CPF da vítima: 322.985-522-15 4 - Nome completo da vítima: Jaume Francisco e. Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Jaume Francisco e. Silva 6 - CPF: 322.985-522-15

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Altair Rexeira de Melo 9 - Número: 1089 10 - Complemento: _____

11 - Bairro: Próximos Iguaçu 12 - Cidade: Baculuto 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-780

15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 99/13-3866

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3227 CONTA: 00044033 (4)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) (se houver)? ☐ 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 - Impugnação digital da vítima ou beneficiário (se houver)

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

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

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

38 - 1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Baculuto RR 07 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jaume Francisco e Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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
Assinatura: [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

ENVOLVIDO(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)

Naturalidade: Boa Vista

Nome da Mãe: Maria Rodrigues Caetano

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)

Naturalidade: Boa Vista

Nome da Mãe: Marlete Nunes Pimentel

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
POLÍCIA 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 RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_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 e SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima e 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.

~~~~~

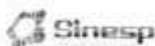
QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 27/07/2020 17:29:40

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 daí origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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

*Jaime Francisco Caetano da Silva* 020116684  
Assinatura

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 322.985-522-15 3 - CPF da vítima: 322.985-522-15 4 - Nome completo da vítima: Jaume Francisco e. Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2002

5 - Nome completo: Jaume Francisco e. Silva 6 - CPF: 322.985-522-15

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Altair Pereira de Melo 9 - Número: 1089 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Próximos Iguaçu 12 - Cidade: Baculuto 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-780

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 99/13-3866

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3227 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) (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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(s) (se houver)? ☐ 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 (se houver)

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

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

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

38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Baculuto RR 07 de julho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jaume Francisco e. Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

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

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

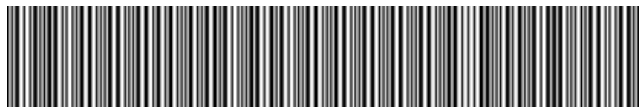
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Dúvidas: 0800 021 91 85

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP 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 do faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ALEKIA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

William Gonçalves Franco

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

Jaime Francisco Caetano da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 322.985.522 - 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da vítima Jaime Francisco Caetano da S

inscrito (a) no CPF sob o nº 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 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:

Rua CC 11

Número: 299

Complemento:

Bairro:

Lauro Moraes

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.318050

E-mail:

Wfranco992@gmail.com

Tel. (DDD):

99113-3855

Local e Data:

Boa Vista - RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



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.

2001223458

23/02/2020 03:45:24

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 13

Paciente **JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA** Data Nascimento **30/04/1970** Idade **49 A 9 M 23 D** CNS **32258552215** CPF **32258552215** Prontuário  
Tipo Doc **Documento** Órgão Emissor **Data Emissão** Sexo **M** Estado Civil **SOLTEIRO** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **MARIA RODRIGUES CAETANO** Pai **CIPRIANO DA SILVA** Contato  
Endereço **RUA - ALTAIR PEREIRA DE MELO - 1089 - UNIAO - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

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

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

"Fratura exposta"

Anamnese de Enfermagem **GSC** **TOTAL**  
AO: 12345 RV: 12345 OMV: 123456 **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) **SAMU com relato de fratura exposta**  
**Encontro aparente amielizado em prancha**  
**exposta, com cola cirúrgica de tala em mu**  
**BEG, em braga, diurese, incontinência**

Hipótese Diagnóstica **AR: MV/D/RA / ABD / alterações / Ext pulsos**  
**em extre midade distal ausente? ECG (Prejuicado)**

SADT - Exames Complementares  
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: **15**

| PRESCRIÇÃO                    | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|-------------------------------|-------------|------------|
| <b>1) Letbraxona 1g EV</b>    |             |            |
| <b>2) Gentamicina 40mg EV</b> |             |            |
| <b>3) Dipirona 1g EV</b>      |             |            |
| <b>4) Telatol 40mg EV</b>     |             |            |
| <b>5) SF 0,9% 500ml EV</b>    |             |            |
| <b>6) ATT 0,5ml IM</b>        |             |            |

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório  
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)  
☐ Alta a Revelia ☐ Internação  
☐ Transferência para: **outro** Data e Hora da Saída/Alta: **04/41**

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

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: lidiane.oliveira  
Data Hora: 23/02/2020 03:46:09  
23 FEV 2020

# Ortopedia (de 05:42)

FCC em puno (D)

RX unidimensional FX de Omer da puno (D).

HD: Fratura Completa de Tálus e Calcâneo (D).


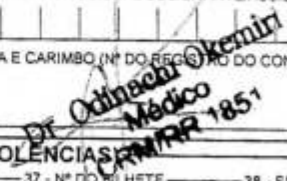
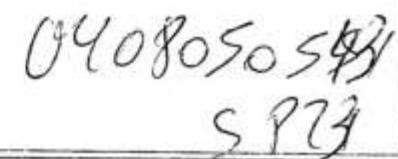
AD: AO CC.

Dr. Fernando Bezende  
Médico  
CRM-RR 2007

NIR

Anexo I

Trans: 26/02/2020

|                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde |  | Ministério da Saúde                                                                   |  |
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                               |  |                                                                                       |  |
| NIR                                                                                                                 |  |                                                                                       |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                    |  |                                                                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                             |  | 2 - CNES                                                                              |  |
| H.G.R.                                                                                                              |  |                                                                                       |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                              |  | 4 - CNES                                                                              |  |
|                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                    |  |                                                                                       |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                                  |  |
| Jaime Francisco Lacerda Da Silva                                                                                    |  | 17862                                                                                 |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                  |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                |  |
| 700503580738259                                                                                                     |  | 30/04/70                                                                              |  |
| 9 - SEXO                                                                                                            |  | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                       |  |
| Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3                                         |  | Mama Rodrigues Cactans                                                                |  |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                            |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                       |  |
| DDD                                                                                                                 |  | Rua Altair Pereira de Melo 1089 Lince                                                 |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                        |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                              |  |
| Boa Vista                                                                                                           |  | 140000 RN                                                                             |  |
| 15 - UF                                                                                                             |  | 16 - CEP                                                                              |  |
| RN                                                                                                                  |  |                                                                                       |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                  |  |                                                                                       |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                          |  |                                                                                       |  |
| Ponto 8º de 49 anos de idade com fratura exposta de Péloso Tibial direito                                           |  |                                                                                       |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                          |  |                                                                                       |  |
| Tratamento Cirúrgico                                                                                                |  |                                                                                       |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                 |  |                                                                                       |  |
| Histórico + Exame físico + Radiológico                                                                              |  |                                                                                       |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                            |  |                                                                                       |  |
| Fratura exposta de Péloso Tibial (d)                                                                                |  |                                                                                       |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                               |  |                                                                                       |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                              |  |                                                                                       |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                       |  |                                                                                       |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                      |  |                                                                                       |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                           |  |                                                                                       |  |
| Tratamento Cirúrgico fratura exposta de Péloso Tibial (d)                                                           |  |                                                                                       |  |
| 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                                      |  |
|                                                                                                                     |  | Dr. Pablo                                                                             |  |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                            |  | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                |  |
| 23/02/2020                                                                                                          |  |  |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                               |  |                                                                                       |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                       |  | 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                     |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                  |  | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                               |  |
|                                                                                                                     |  | 37 - Nº DO VÍDEO                                                                      |  |
|                                                                                                                     |  | 38 - SÉRIE                                                                            |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                      |  | 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                  |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                          |  | 41 - CBOR                                                                             |  |
|                                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                  |  |                                                                                       |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                               |  | 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                               |  |
|                                                                                                                     |  | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                       |  |
| 45 - DOCUMENTO                                                                                                      |  | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                               |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                                                     |  |                                                                                       |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                            |  | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                |  |
| 23/02/20                                                                                                            |  |  |  |

W499





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                                       |       |
| Guilherme Francisco Costas da Silva                                             |                             |                    |                            | 23 / 2 / 2020                              |       |
| CIRURGIA                                                                        |                             |                    |                            |                                            |       |
| TIPO                                                                            |                             | TEMPO DE DURAÇÃO   |                            |                                            |       |
| Tt: Cirurgia de fratura exposta de tíbia (fractura aberta)                      |                             | INICIO             | FIM                        | TEMPO TOTAL                                |       |
|                                                                                 |                             | 11.30              | 13.10                      |                                            |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                             |                    |                            |                                            |       |
| CIRURGIÃO                                                                       |                             | ANESTESISTA:       |                            | Dra. Ana Paula                             |       |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                             | RES. ANESTESIA:    |                            | Dr. Emanuel (R2)                           |       |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                             | INSTRUMENTADOR     |                            |                                            |       |
|                                                                                 |                             | CIRCULANTE         |                            | B. Ligonilla M. Raimundo                   |       |
| TIPO DE ANESTESIA:                                                              |                             | TEMPO DE DURAÇÃO:  |                            |                                            |       |
| Oraque                                                                          |                             |                    |                            |                                            |       |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                   | VALOR              | QUANT                      | MEDICAMENTOS                               | VALOR |
| 7                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | 4444               |                            | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml            |       |
| 7                                                                               | PACOTES GAZE                |                    |                            | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO               |       |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 7.0            |                    |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO                    |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.5            |                    |                            | FIO VICRYL Nº                              |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0            |                    | 1                          | FIO MONONYLON Nº 20                        |       |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 8.5            |                    |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº                  |       |
| 13                                                                              | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS per  |                    |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº                  |       |
| 1                                                                               | LÂMINA BISTURI Nº 155; 221  |                    |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº                      |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº           |                    |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº                      |       |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº           |                    |                            | FIO PROLENE Nº                             |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº         |                    | 1                          | <del>CILOSEN</del> nylon 1                 |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                |                    | 1                          | <del>SURGICEL</del> aladura 20             |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                |                    | 1                          | <del>GERA PLOSO</del> e de 10g             |       |
| 1                                                                               | SERINGA 05 ML               |                    | 1                          | <del>RECATARATA</del> Nº 20 p/ raque 20    |       |
| 1                                                                               | SERINGA 10ML                |                    | 50                         | <del>GELOAM</del> aladura 70%              |       |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                |                    | 50                         | <del>FLUACARDICA</del> Drenu ciru 21, dez. |       |
|                                                                                 |                             |                    | 13                         | <del>OUTROS</del> eltrodo                  |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             |                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                            | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                             | ENFERMEIRA CHEFE   | MATERIAL MEDICAMENTOS      |                                            |       |
|                                                                                 |                             | Sullen             | SUB- TOTAL                 |                                            |       |
|                                                                                 |                             | Enika              | TAXA DE SALA               |                                            |       |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                             | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE ANESTESIA          |                                            |       |
|                                                                                 |                             |                    | SOMA                       |                                            |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                             |                    |                            |                                            |       |

ESTADO DE RORAIMA

**\*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS\***

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

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

**Dados dos materiais/Serviço**

[illegible]

|                 |                                                                                   |        |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| INSTRUMENTADOR: |                                                                                   |        |
| Empresa ( )     | Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )<br>ATHENA ( ) / MACON ( ) | Marca: |

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
2ª VIA - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

O.S.:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

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) Fcd PDA nos planos anteriores.

2) Limpeza + anti-sepsia + alho cru de tempo  
estava 3) Fazer excisão na pele sobre  
de fragmentos ossos descalcificados.

4) redução de fragmentos fraturados e colocá-los  
de fixação interna com Delta. 5) do fix  
aluminado polietileno 6) Sutura 7) Curativo

8) Fim.

Dr. Marcelo Amado  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 1242 / RQE: 550

em 14/06/11

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

H

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

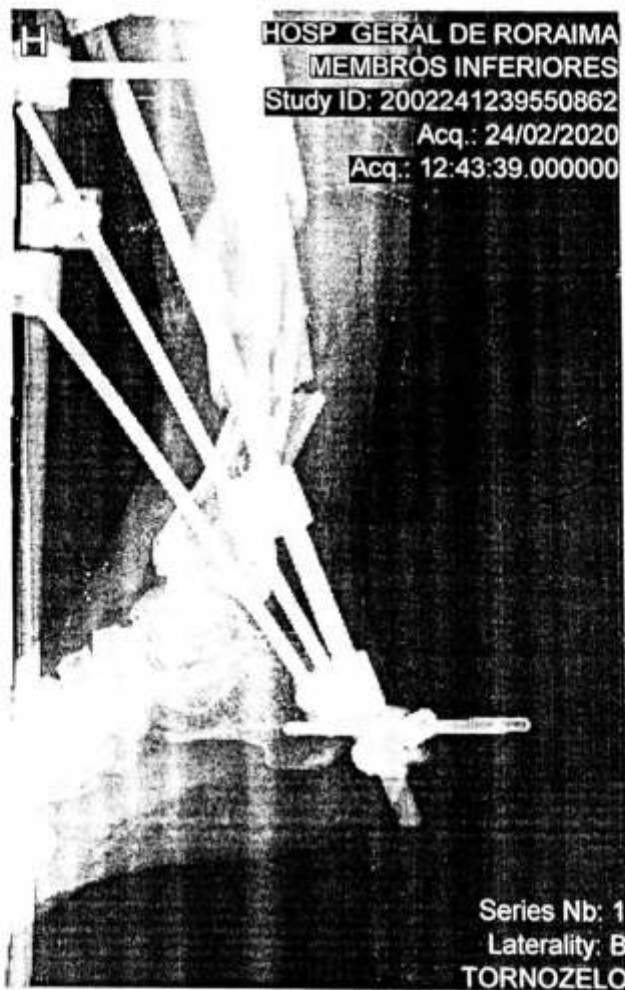
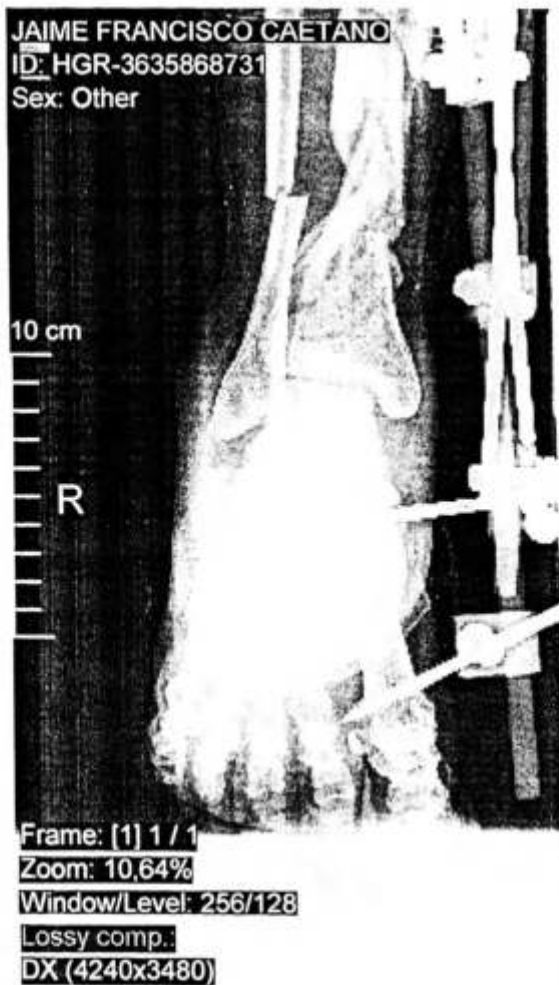
10 cm

R

D

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

Series Nb: 1  
Laterality: B  
TORNOZELO



ETRÔNICA INDICADA: 58AIXO. EMISSÃO: 11/11/2019 VALOR TOTAL: R\$ 94.100,00 DESTINATÁRIO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

1NF-e

Nº. 000.000.115  
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP  
AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A  
CENTRO - 69301-200  
Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571

**DANFE**  
Documento Auxiliar da Nota  
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.115  
Série 001  
Folha 1/2



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

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314190002930555 - 11/11/2019 21:55:06

NATUREZA DA OPERAÇÃO

Venda

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240161736

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ

10.631.897/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES

DIREÇÃO

V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N

INÍCIO

Boa Vista

BAIRRO / DISTRITO

NOVO PLANALTO

UF

RR

CEP

69312-470

INSCRIÇÃO ESTADUAL

9521210521

CNPJ / CPF

05.370.016/0001-00

DATA DA EMISSÃO

11/11/2019

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

VALOR DO IMPOSTO

| BASE DE CÁLC. DO ICMS | VALOR DO ICMS   | BASE DE CÁLC. ICMS S.T. | VALOR DO ICMS SUBST. | V. IMP. IMPORTAÇÃO | V. ICMS UF REMET. | VALOR DO FCP  | VALOR DO PIS    | V. TOTAL PRODUTOS |
|-----------------------|-----------------|-------------------------|----------------------|--------------------|-------------------|---------------|-----------------|-------------------|
| 0,00                  | 0,00            | 0,00                    | 0,00                 | 0,00               | 0,00              | 0,00          | 0,00            | 94.100,00         |
| VALOR DO FRETE        | VALOR DO SEGURO | DESCONTO                | OUTRAS DESPESAS      | VALOR TOTAL IPI    | V. ICMS UF DEST.  | V. TOT. TRIB. | VALOR DA COFINS | V. TOTAL DA NOTA  |
| 0,00                  | 0,00            | 0,00                    | 0,00                 | 0,00               | 0,00              | 0,00          | 0,00            | 94.100,00         |

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

FRETE POR CONTA

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

DIREÇÃO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| DIGITO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO                                 | NCM/SH   | Q/CST | CFOP | UN | QUANT   | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | ALIQ ICMS | ALIQ IPI |
|----------------|----------------------------------------------------------------|----------|-------|------|----|---------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 0001           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19B002620  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 5,0000  | 600,0000   | 3.000,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0002           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19H001219  | 90211020 | 0400  | 5102 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0003           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 250, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19H001220  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 3,0000  | 600,0000   | 1.800,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0004           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001529  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 5,0000  | 600,0000   | 3.000,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0005           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001530  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0006           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001531  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0007           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003733  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 3,0000  | 600,0000   | 1.800,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0008           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 300, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003735  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 6,0000  | 600,0000   | 3.600,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0009           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 3000, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E003736 | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 2,0000  | 600,0000   | 1.200,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0010           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002349  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 7,0000  | 600,0000   | 4.200,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0011           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A002351  | 90211020 | 0300  | 5103 | UN | 14,0000 | 600,0000   | 8.400,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0012           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A003616  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 17,0000 | 600,0000   | 10.200,00   | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0013           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A003617  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 8,0000  | 600,0000   | 4.800,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0014           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19B002426  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 4,0000  | 600,0000   | 2.400,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0015           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19A004667  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 15,0000 | 600,0000   | 9.000,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0016           | FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19I000754  | 90211020 | 7400  | 5103 | UN | 8,0000  | 600,0000   | 4.800,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0017           | FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001138  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 5,0000  | 530,0000   | 2.650,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |
| 0018           | FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO, MARCA ORTOSINTESE, LOTE 19E001139  | 90211020 | 0400  | 5103 | UN | 3,0000  | 530,0000   | 1.590,00    | 0,00        | 0,00       |           | 0,00      |          |

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Contribuinte: Informações Adicionais de Interesse do Fisco: PROCESSO Nº 007273/19-33

DATA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02212-9

DOSBANCARIOS: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA

17-4

CONTA CORRENTE: 56.164-9. EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

Endereço: fisco: &|Qnd.

RESERVADO AO FISCO

Date: 23/02/2020

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

Enfermeiro (a):

Suellen Ramo

Hora: 11 : 30

Date: 23/02/2020

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                                           |  | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM |  | HORÁRIO E CHECAGEM |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda<br>Prevenir queda                                                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                            |  |                    |             |
| <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br>Prevenir Broncoaspiração                                                       |  | <input type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                            |  |                    | pré - pós   |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                    |             |
| <input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos<br>Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido - básico |  | <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção ( edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                            |  |                    | trans e pós |
| <input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável<br>Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia                      |  | <input type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações<br><input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)<br><input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)<br><input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl |  |                            |  |                    |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br>Propiciar a recuperação adequada da pele                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações<br><input type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                    | trans e pós |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada                                                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                            |  |                    | trans e pós |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda<br>Controle da dor e promover conforto                                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)<br><input type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                            |  |                    | pós         |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz<br>Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas |  | <input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar<br><input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                            |  |                    |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas<br>Controle / Ausência de náusea                                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas<br><input type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                            |  |                    | pós         |
| <input type="checkbox"/> Ansiedade<br>Controle de ansiedade                                                                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                            |  |                    |             |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                            |  |                    |             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada                                                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                            |  |                    | trans e pós |

11:30 este admitido em S.O. p/ ser submetido a T.T. cirurgia de físt. interna de T. b. a. D. sob a. pneumotórax.  
monitores em multiparametros; acervo leve no S.O. pulso; decubito dorsal; irrigação em m. I.D.; org.  
procedimento realizado curativo em anel de a. ERPA ~ 24.3.2008  
Suellem Van S.  
Enfermeira  
COREN BR 345.935

Responsável:

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Tamiré Ferviano Custano  
Responsável Cirurgião Fabio Leonardo

da Silva ANTES DA INCISÃO  
Anestesia Jana Paula

**ENTRADA (Sala Pré Anestésica)**

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☐ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
☒ 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 14/08/2015  
Assinatura [Assinatura] Hora: \_\_\_\_\_

**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: Antes da incisão

Hora: 04:40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

**SALIDA (Sala Pós Operatória)**

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

[Assinatura]  
Sueli do S. Romão  
Assistente de Enfermagem  
Operatória e Carimbo

111.2

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                       |                                                         |       |  |          |                        |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|--|----------|------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                  |                                                         |       |  |          |                        |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA            |                                                         |       |  |          |                        |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                               |                                                         |       |  |          |                        |
| DATA DE ADMISSÃO                                |                                                         | DIH   |  | DN       |                        |
| PACIENTE <i>Jaime Francisco Rufaro da Silva</i> |                                                         |       |  |          |                        |
| AGNOSTIC <i>Fratura</i>                         |                                                         |       |  |          |                        |
| ALERGIAS <i>Suspenso</i>                        |                                                         |       |  |          |                        |
| HAS                                             |                                                         | NEGA  |  | DM2      |                        |
| LEITO                                           |                                                         | DATA  |  | 23/02/20 |                        |
| IDADE                                           |                                                         | LEITO |  | DATA     |                        |
| ITEM                                            | PRESCRIÇÃO                                              |       |  |          | HORÁRIO                |
| 1                                               | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |  |          | SND                    |
| 2                                               | ACESSO VENOSO PERIFERICO                                |       |  |          | Manten                 |
| 3                                               | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |       |  |          |                        |
| 4                                               | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |       |  |          | <del>06 22 04 10</del> |
| 5                                               | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |       |  |          | <del>06</del>          |
| 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                   |       |  |          | <del>16 24 08</del>    |
| 9                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |  |          | SN                     |
| 10                                              | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |       |  |          | <del>06 22 04 10</del> |
| 11                                              | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |       |  |          | <i>Suspenso</i>        |
| 12                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |  |          | SN                     |
| 13                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |       |  |          | <i>Estimula</i>        |
| 14                                              | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |  |          | <i>Curativo</i>        |
| 15                                              | <i>Ceftriaxona 1g ev 12/12h</i>                         |       |  |          | <del>18 06</del>       |
| 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:

*Dr. Odinaechi Okemiri*  
Médico  
CRM/RR 1851

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

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Plantas diurnas:*  
*Paciente no leito, sem dor,*  
*acerta sem medicação presc-*  
*ta; segue aos cuidados de*  
*Dione*  
*Tiane Steffany Ferreira Diniz*  
*COREN-RR 876.689-1E*

25 de agosto de 1951  
 02 Administrado Medi-  
 cação de bordo  
 2º com Presença  
 médica aferindo  
 Sinais vitais

Examinado L. de S.  
 00000000000000000000

Examinado L. de S.  
 00000000000000000000  
 05/00/50

02/05/50

05/11/51



|                  |                                                          |              |
|------------------|----------------------------------------------------------|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH                                                      | DN           |
| PACIENTE         | Jair Francisco Caldeira                                  |              |
| AGNOSTIC         | FR                                                       |              |
| ALERGIAS         | HAS                                                      | NEGA         |
| IDADE            | LEITO                                                    | DATA         |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                               | HORÁRIO      |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                         | 2h           |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 | 10h 50       |
| 3                | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     | 5h           |
| 4                | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                   | 12h 18 2h 06 |
| 5                | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  | 9h 06        |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   | 1h 50        |
| 7                | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | 16h 24 08    |
| 8                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    | 5h           |
| 9                | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          | 12h 18 2h 06 |
| 10               | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         | 5h           |
| 11               | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               | 5h 30        |
| 12               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      | 5h           |
| 13               | SSVV + CCGG 6/6 H                                        | 10h 02       |
| 14               | CURATIVO DIÁRIO                                          |              |
| 15               | Ceftriaxona 1g EV 12/12h                                 | 12h 10       |
| 16               | Fluoxetina 20mg EV 12/12h                                | 2h 08        |
| 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:

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1984

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA     | FC | FR | T    |
|------|--------|----|----|------|
| 12 H | 138x82 | 72 |    | 36   |
| 18 H | 138x90 | 84 | 19 | 36,8 |
| 24 H | 138x90 | 78 |    | 36,5 |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Plombeo realizado com sucesso.  
Pt. amarrado LOTE, realizado  
SSV e melhora do hemio.

Y153. As ex. cc de dia 24/02/20, o paciente no leito medicado e pm  
e sem intervenção e segue aos cuidados da enfermagem

---

João  
Unidade de Enfermagem  
COREN-RR 000 451 072



GOV. MRO. 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   |  | 23/02/2020 |  | DN              |          |
| PACIENTE <b>JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                  |                                                                 |       |  |            |  |                 |          |
| DIAGNÓSTICO <b>FRATURA EXPOSTA DE PILÃO TIBIAL DIREITO</b>                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |       |  |            |  |                 |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 | HAS   |  | DM2        |  |                 |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 | LEITO |  | 111-2      |  | DATA 25/02/2020 |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |       |  |            |  |                 | HORÁRIO  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                                |       |  |            |  |                 | PN D     |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                             |       |  |            |  |                 | 12/18    |
| 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                                          |       |  |            |  |                 | 12/18    |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II |       |  |            |  |                 | 12/18    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                     |       |  |            |  |                 | 12/18    |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG             |       |  |            |  |                 | 12/18    |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                               |       |  |            |  |                 | 12/18    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |  |            |  |                 |          |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO                                                        |       |  |            |  |                 | Curativo |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6H                                                |       |  |            |  |                 | Platina  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |  |            |  |                 |          |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                 |       |  |            |  |                 |          |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>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, SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM MID DIA 23/2/20

| SINAIS VITAIS |        |    |      | DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR/1964<br>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
|---------------|--------|----|------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 6 H           | PA     | FC | FR   |                                                                             |
| 12 H          | 100x60 | 97 | 36°C |                                                                             |
| 18 H          | 114x61 | 63 | 36°C |                                                                             |
| 24 H          | 140x80 | 75 |      |                                                                             |

12h. não foi administrado sem Q3; pois não foi dispensado pela farmácia.



GOVERNO DO PARÁ  
Hospital Geral de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                              |       |            |      |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------|------------|------|-------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              | DIH   | 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                                                          |       |            |      | 18          |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                           | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H                          |       |            |      | 12 18 24 06 |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                           | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                    |       |            |      | 18 06 06    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                           | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H                           |       |            |      | 18 24 06    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                           | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                 |       |            |      | 06          |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                          | CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H                            |       |            |      | 18 22       |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |       |            |      |             |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                          | CURATIVO                                                     |       |            |      |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6H                                             |       |            |      |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |       |            |      |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |       |            |      |             |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |                                                              |       |            |      |             |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

## ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
## EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM MID DIA 23/2/20

| SINAIS VITAIS |        |    |    | DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964<br>RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
|---------------|--------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------|
| 8 H           | PA     | FC | FR |                                                                             |
| 12 H          | 110/70 | 75 | 19 |                                                                             |
| 18 H          |        |    |    |                                                                             |
| 24 H          |        |    |    |                                                                             |

UBS: An 12:00 a farmácia não disponibilizou o item 3-11-  
Jorge de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000 461 072

VBS: Às 12:00 do dia 26/02/20, o paciente no leito medicado e com  
sem intervenção e segue sob cuidados da enfermagem.

---

*[Assinatura]*  
Auxiliar de Enfermagem  
CCFEN-RR 000 451 072



# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Jaime Francisco Catano CPF nº \_\_\_\_\_

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.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, 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, 26 de Febrero de 2020.

Assinatura do paciente: Jaime Francisco Catano da Silva

Responsável:

1) Assinatura: [assinatura]

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Gráu de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico**

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_. Hora: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



111-2

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 26/2/20  
PACIENTE: Paulo F. Cardoso de Sá DN: 20.440  
DIAGNÓSTICOS: fratura exposta de fêmur + tibia

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:

Analgesia com Clonidina

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Apresenta sinais clínicos  
para progressão da lesão

Boa Vista 26 de fevereiro de 2020 Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1964

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

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



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