

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria do Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAH / HSTF
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.

1901143776 03/08/2019 12:58:19 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA Data Nascimento: 19/01/1967 Idade: 52 A 6 M 15 D CNS: 702009348349385 CPF: 94420580100 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSPRR Data Emissão: 09/06/2015 Sexo: M Estado Civil: UNIAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mão: ALBERTINA ALVES DE SOUSA Contato: (95) 99152-5957

Endereço: AVENIDA - JARDIM - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: AUTÔNOMO

Class. do Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: WALDEMAR STOCKER

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

Anamnese do Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

COUSÃO COMO MOTO - PACIENTE MOTORISTA

COM TAMBÉM EM TORAXE D.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

PARACETOL 1g em 4x30

TRICLOFEN 40mg em 2x1

CLORAZEPATO 20mg em 2x1

CHLORAMPHENICOL 600mg em 4x30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto, Tel: (95) 21-0520
AUTENTICAÇÃO
29 AGO 2019
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Dr. Wagner Brimmer
Médico Residente
Clínica de Traumatologia
CRM 141778

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM 141778

Assinatura do Médico

Impresso por: waldemar.stocker
Data Hora: 03/08/2019 12:57:01

10.102.5.252:8888/ISA/4/1/OC/001/AC9-4106F-AFD8-122102C12A07.html

1/1

ORTOPEDIA

Paciente cirúrgica Admitida
por traumatismo de tornozelo
em TNE (D).

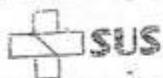
Lesão em parte menor

da fíbula TNE (D)

Adi. Ao Centro Unibem

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/R

alt: 09/08/19



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos Alves de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

174379

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012009348349385

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/67

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Albertina Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Jardim 63, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro exposto de pilão flúid D

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

A Pilão

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

RX + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

ex exposto de pilão flúid D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS

() CPF

45 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408030543

5823

1299

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

3/8/19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52^{da}

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Jose Garcia Alves de Sousa		1901143776	03 / 08 / 19		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
Fixação Externa de Píleo "D"	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
	14:50	15:48			
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Fabian		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Res. Pablo	CIRCULANTE				
Res. Pedro / Res. Augusto	Soores e Hilma				
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE cateter D2	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equip. macrogota	
5	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Agulha P/ roque	
3	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA Eletrodes	
			☒	OUTROS: Atadura de crepom	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

Aline

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

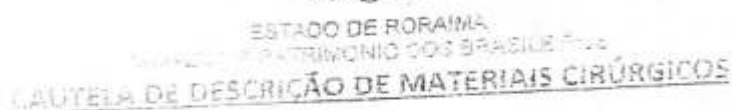
SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Hospital Geral de Roraima (X)	Empresa ()	Dados Adicionais:
-------------------------------	-------------	-------------------

MÉDICO CIRURGIÃO: Rogério Dias

1º AUXILIAR: Res. Pablo

INSTRUMENTADOR:

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

WALL, FRONT, AND CO-SEATING
E. SCHEFFEL



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 3.6.19 O.S. _____

Jose Garcia Alves
de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em JDM sob sedação leve.
 - 2) Anestesia e Analgesia.
 - 3) Colocação do campo estéril + um controle de 5x0,9%.
 - 4) Fissura de fratura e redução com pinos de Stein, tipo delta, com controle radiográfico.
 - 5) Sutura com vicril 2,0
 - 6) Curativos
 - 7) AO RPA
- col. vicral por Dr. Rogério

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARGA ALVES DE SOUZA

0310619

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Minoxidil 2 mg @
- Ranitidil 50 mg @

Nº

RUB-11

AGENTES

N 20

02

LIQUIDOS
VENOSOS

J

E

C

E

17

LF/P/P/P/P
500 500 500 500

DA

X

38

220

ULSO

36

200

ANES

X

32

180

OP

O

30

140

TEMP

120

ASPIR.

A

80

RESPIR

O

80

40

20

Export

Assist

Centro

SIMBOLOS

A X @

A O X B @

AGENTES

A Propofol 0.5% 10 mg

DOSES

10 mg

TECNICA

PARALAMESTESIA hipul-
BOLAL LOMBA L3-L4
via microcateter C1 A6
desintox 2.5 G - Ventilação
C-50/100mm

ANOTAÇÕES

- X - Check list: monitorização vital, constantes, reflexos, saturação
- 1 - 02 SOB em 2L/10h
- 2 - Aspirado e Anticoagulante no lombo
- 3 - Bloqueio C1 PARALAMESTESIA LOMBA L3-L4 Nível 259
- 4 - Injeção Dexametasona 2.5% (10.0ml)
- 5 - 2/5/1998

GLICOSE LIQUIDOS

NDCO

SANGUE

SF 0.9% 2000

TOTAL 2000 ml

OPERAÇÃO

Fixação cateter no

tomozelo (pico) direito

ANESTESIA

Paralôm / José RZ

CODIGO

QUIRURGIA

Paralôm / Augusto

PERDA SANGUINEA

compensar

Dr. Alberto P. de Oliveira
Anestesiologista

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		08/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CURATIVO DIÁRIO					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	70	20	36
17-18 H	130/76	84	39	35.92
24 H	130/94	86	20	35.6

06 100/100 77 21 362

Dr. Fernando Rezende
Médico Responsável Ortopedia e Traumatologia
C.R.O. 2011

T-505

Blanco 02
Maca 02

~~405-1~~ 405-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Jose Carlos Alves de Souza</i>				
AGNÓSTICO <i>fr de João Paulo D.</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18:00 06/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			18:00 14
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			18:00 06/12
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			Suspensão
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			SUSP
12	<i>Gentamicina 240mg EV 1x ao dia</i>			<i>06</i>
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO-SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			18:00 06/12
18	CURATIVO DIÁRIO			<i>Dr. Augusto Realizante</i>
19				
20				
21				

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	124/81	106	36.5c
6H	132/84	95	36.5c

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:30 PA=137x93 P=112 T=36.5c

~~405-1~~ 405-1



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data: 08/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 1
Nome Completo:	Jose Gonçalo Alves de Sousa		
Hipótese Diagnóstica:	Parkinson M.D. e fibrilador externo		
Isolamento ou Precaução:	☒ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos		
Alergia:	☐ Sim ☒ Não Qual (is):		
Necessidade de Intérprete?	☐ Sim ☒ Não Qual idioma:		
Possui acompanhante:	☒ Sim ☐ Não Obs: e/ Moleto		
Deambulação:	☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☒ Comprometida/cambaleante		
SISTEMA NEUROLÓGICO			
☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado			
☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso			
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage			
PUPILAS			
☒ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas			
☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes			
REGULAÇÃO TÉRMICA			
☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico			
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia			
☐ Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada			
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada			
☒ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica			
☐ Aclanótica ☐ Edema Local:			
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☒ Não			
Região:			
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☒ NÃO			
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____			
☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____			
☒ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____			
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT			
Aceltação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial			
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia			
☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melenas			
Flatos: ☒ Presente ☐ Ausente			
REGULAÇÃO ABDOMINAL			
☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido			
☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico			
Ruídos Hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente			
Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FO: ☐ Sim ☐ Não			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria			
☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria			
☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☒ Ar ambiente ☐ Traqueostomia			
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☒ Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não Local: MSD Data: 07/08/19 Trocar em: _____			
Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☒ Não			
Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: ☐ Sim ☒ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: ☐ Sim ☒ Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Lesão por Pressão			
☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☒ Risco de Quedas			
☐ Risco de nutrição desequilibrada ☒ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração			
☐ Risco de glicemia instável ☒ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada			
☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de constipação			
☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação deficiente			
☐ Volume de líquidos deficiente ☒ Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda			
Não 0			
Sim 20			
2. Diagnóstico Secundário			
Não 0			
Sim 15			
3. Auxílio na Deambulação			
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobiliário Parede 30			
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Risco
Médio

Lucirene de Lima Campos
ENFERMEIRA
COREN/RJ 254.349

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: paciente Alvaro da Silva
Data: 10/05/2010

ANTES DA INCISÃO

Anestesiologista: FabianoCirurgião: (Sala Operatória)

PACIENTE CONFORME:

☒ Identidade☒ Sítio Cirúrgico☒ Precedente☒ Sim () NãoCirurgião: (Sala Operatória)☒ Não se AplicaTubo Endotraqueal: (Sala Operatória)☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONFERIR PULSO NO PACIENTE EM

PACIENTE POSSÍVEL

☒ Sim, Quant: 3

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não se aplica

VOLUME DE SANGUE > 500 ml

☒ Sim, e se necessário adequado e planejamentoDr. Alberto J. M. HenriquesAssinatura: (assinatura)

3, 6, 11

Hora: 10h

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

OPERAÇÕES

SAÍDA: (Sala Pós Operatória)OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO☒ Sim () Não2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS☒ Sim () Não () Não se Aplica3- COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)☒ Sim () Não () Não se AplicaSE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO☒ Sim () NãoO CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE☒ Sim () Não () Não se AplicaAssinatura: Sérgio Swarna - 21341-14

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

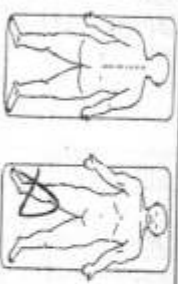
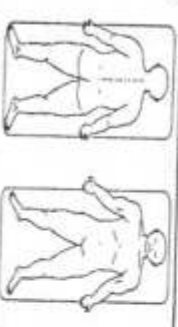
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Jose Garcia

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>MIO</u>		Região: _____
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ☒ 2	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>Atc</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Bruna S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356		<u>Berenice Sônia Carlos</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 387.072	
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA
----------	----------------------------

DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D
-------------	---------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

1	DIETA LIVRE	
---	-------------	--

2	AVP	
---	-----	--

3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
---	---	--

4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	
---	-------------------------------	--

5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	
---	---------------------------------------	--

6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	
---	----------------------------------	--

7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
---	------------------------	--

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
---	---	--

10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
----	--	--

11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	
----	--	--

12	SSVV + CCGG 6/6H	
----	------------------	--

13	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

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

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1995

Act By 1 LOTE, AAA, ~~Declaro~~
ATM + retorno na HCU
SI Sino. Hgstr

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		04/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CURATIVO DIÁRIO					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
11/12 H	130/77	81	17	35.1
18 H	133/80	75	-	36.4
24 H	120/60	81	20	36.4

Dr. Jesus da Silva Aguiar
CRM-RR 566

6H
Paciente e/queixas alguns medicamentos em, aferido
SSVV + coleta de exames lab.

Elizabeth Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 650.492 TE
K12del



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

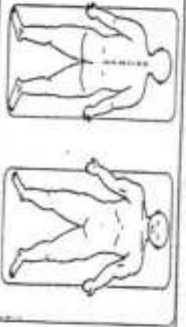
Paciente:

José Garcia Alves

Leito:

401.1

Data: 08/08/19

Localização		Região: M. I. D.		Região:
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro: F.O.	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros ___ (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros ___ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossangüíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Patricia N. Viana</i> Assistente Social COBEN-RR 443.709	<i>Jucilene Moreira</i> Assistente Social COBEN-RR 453.504		
Observações:	<i>Leito 401.1</i> ...			

2401-1 *du*
Norte

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	07/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				<i>SUB</i>
2	AVP				<i>monte</i>
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				<i>SA</i>
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				<i>12:30 4:06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				<i>08:20</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>19:00</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x83	84	17	35.5
18 H	138x79	80	18	36.8
24 H	133x77	90		35.9

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1995

OGU 130/80 92 39mpm 36.1°C

Bloco D

405-1
405-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA							
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019			
ITEM		HORÁRIO					
1 DIETA ORAL LIVRE		S/N					
2 AVP		Monte					
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		S/N					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		12/18/24/06					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		06/06					
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		14/22/06					
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		12/18/24/06					
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		Suspensão					
12 SSVV + CCGG 6/6H		12/18/24/06					
13 CURATIVO DIÁRIO		Rebiger					
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x89	83	-	36
18 H	150x96	84	-	36,1
24 H	140x90	92	19 respir	35,9°C

06h 140x80 89 19 respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

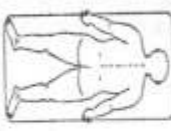
Paciente:

Jose Garcia Alves

Leito:

401.1

Data: 07/08 / 2019

Localização	 	Região: <u>MI D</u>	 	Região: <u>MS D</u>
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> X Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 9651		Ana Carolina da Silva Técnica Enfermagem COREN-RR 9652	
Observações:	_____ _____ _____			

201-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		09/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CURATIVO DIÁRIO					
14		folha clt 100 Clonum					
15		folha clt 100 Clonum					
16		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	EC	FR	
12 H	100/61	73	90	36,4°C
18 H	104/90	88	119	35,9°C
24 H	134/91	72	58	36,5°C

00 104/65 93 72 36,2°C

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco: D	Data: 09/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 01
Nome Completo: Jane Garcia Alves de Sousa		DN: / /	Sexo: ☐ F ☒ M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos			
Alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☒ Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Obs:			
Deambulação: ☒ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: 13x8 ☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: 13x8 ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso:	
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mioticas ☐ Midriáticas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: Data: Trocar em: Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: Trocar em: Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Padrão respiratório inefaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Déficit no autocuidado para Higiene	
☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15	
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

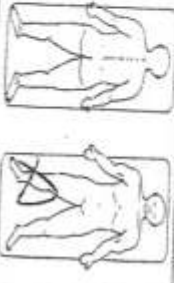
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

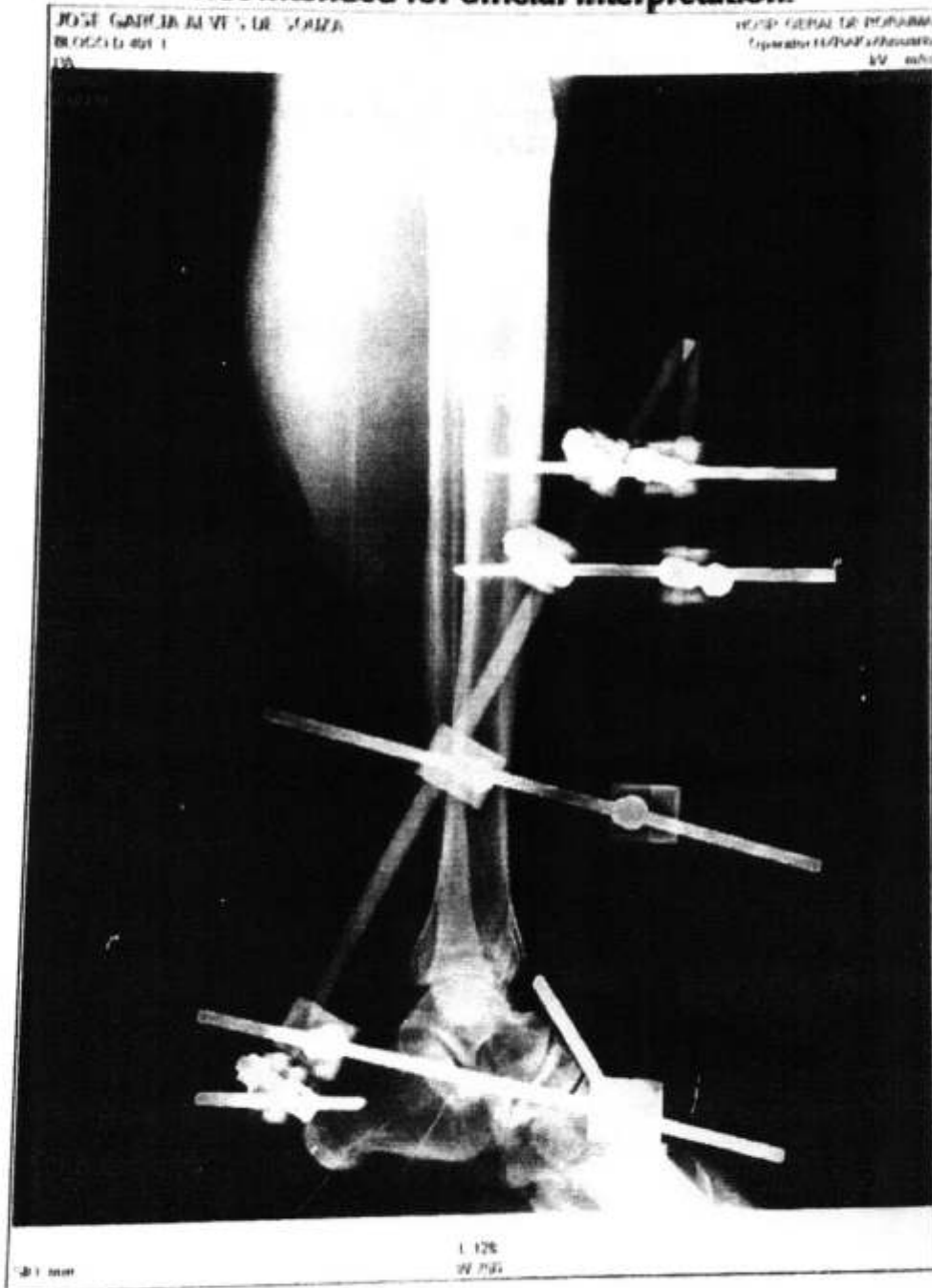
Paciente: JOSE CARCIA

Leito: 404-J

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>M10</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ☒ 2	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% ☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel Outro: <u>Alce</u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Cobertura primária	() 12/12	() 48/48h	() 12/12	() 48/48h
Troca	☒ Diário	() Diário	() Diário	() Diário
Profissional que realizou procedimento:	<u>Berenice S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 816.356	<u>Berenice S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 816.356		
Observações:				

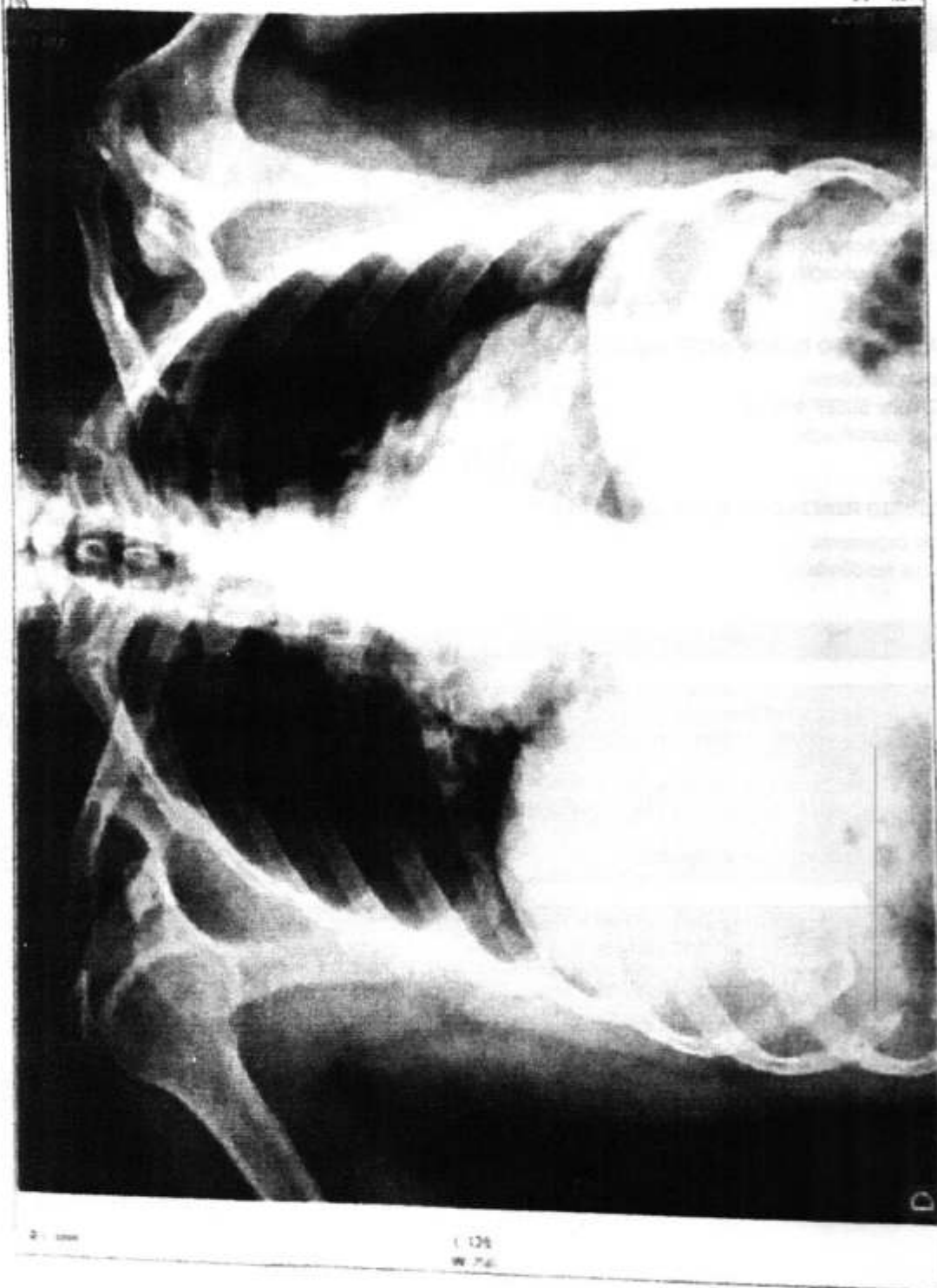
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

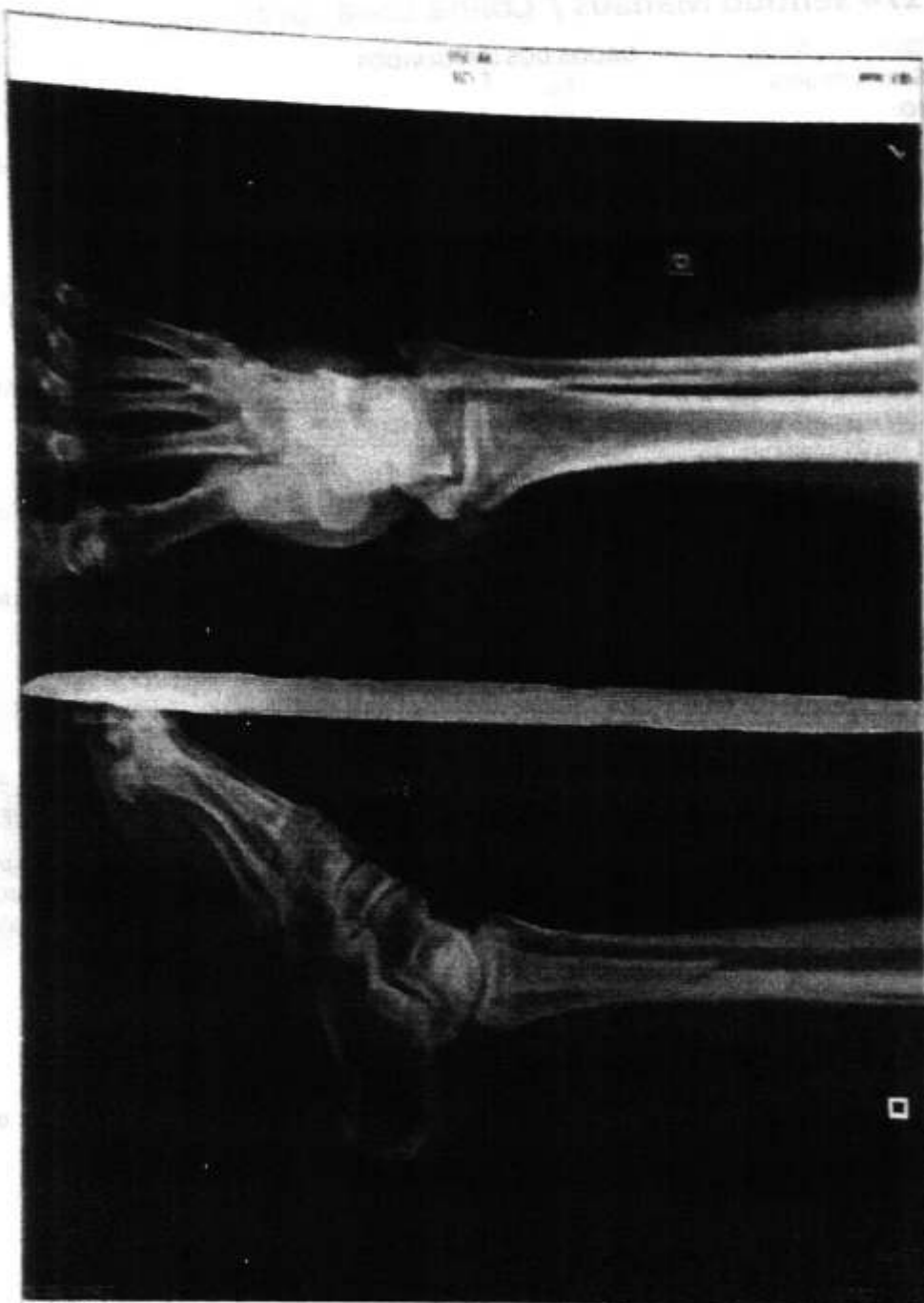
JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Exames: TUPAT's / RESUMEN
EX. 10401.1



Not intended for official interpretation.





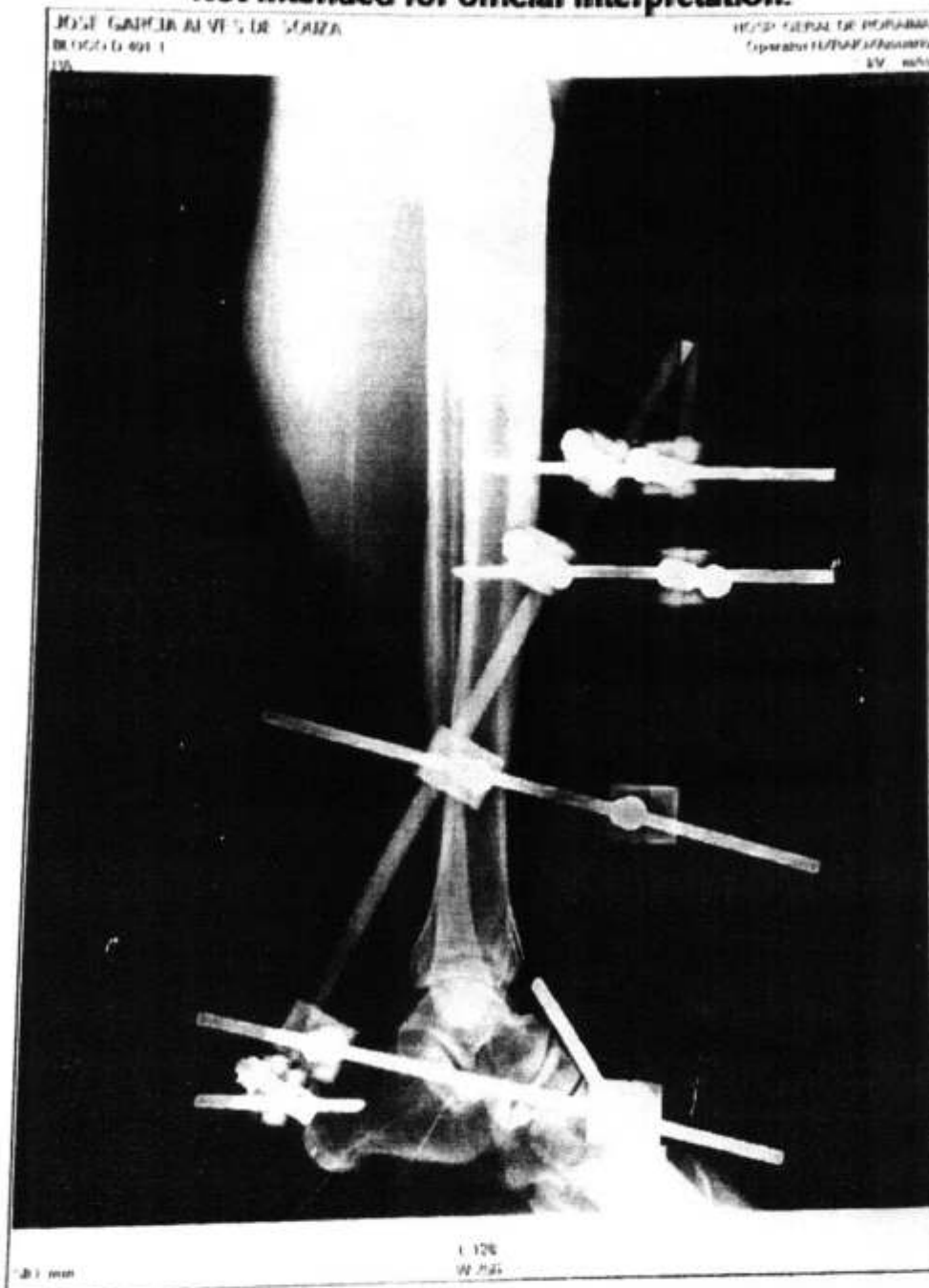
Not Intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

0005-6407/08

WOSP - SERVIÇO DE RADIOLOGIA
DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Laboratório (LUPA) / Radiologia
R.V. - m. 4.1



21. 0000

1 128
100 128

D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria do Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / HSTF
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.

1901143776 03/08/2019 12:58:19 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA Data Nascimento: 19/01/1967 Idade: 52 A 6 M 15 D CNS: 702009348349385 CPF: 94420580100 Prontuário

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSPRR Data Emissão: 09/06/2015 Sexo: M Estado Civil: UNIAO Raça/Cor: PARDA Naturalidade: BOA VISTA - RR Nacionalidade: BRASILEIRA

Mão: ALBERTINA ALVES DE SOUSA Contato: (95) 99152-5957

Endereço: AVENIDA - JARDIM - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: AUTÔNOMO

Class. do Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão:

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: WALDEMAR STOCKER

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

Anamnese do Enfermagem: GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

COUSÃO COMO MOTO - PACIENTE MOTORISTA COM TRAUMA EM TORAX E D.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto Tel: (95) 21-0520 AUTENTICAÇÃO 29 AGO 2019

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: CDr. Jorge Barros Freitas Médico

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

Assinatura do Médico: CDr. Jorge Barros Freitas

ORTOPEDIA

Paciente cirúrgica Admitida
por traumatismo de tornozelo
em TAZ (D).

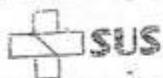
Lesão em parte menor

da fíbula TAZ (D)

Adi. Ao Centro Unifor

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/R

alt: 09/08/19



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

João Carlos Alves de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

174379

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7012009348349385

8 - DATA DE NASCIMENTO

19/01/67

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Albertina Alves de Souza

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Av. Jardim 63, Cidade Satélite

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RR

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com quadro exposto de melão filial D

18 - MOTIVO DA INTERNAÇÃO

A melão

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

RX + exame físico

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

ex exposto de melão filial D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame físico

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0408030543

5823

1299

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

3/8/19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52^{da}

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA		
Jose Garcia Alves de Sousa		1901143776	03 / 08 / 19		
CIRURGIA					
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO				
Fixação Externa de Píleo "D"	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL		
	14:50	15:48			
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Fabian		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Res. Pablo	CIRCULANTE				
Res. Pedro / Res. Augusto	500res e Hilma				
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
10	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE cateter D2	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equip. macrogota	
5	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Agulha P/ roque	
3	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA Eletrodes	
			☒	OUTROS: Atadura de crepom	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

Aline

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

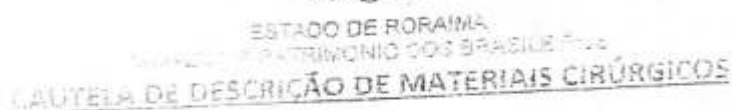
SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Hospital Geral de Roraima (X)	Empresa ()	Dados Adicionais:
-------------------------------	-------------	-------------------

MÉDICO CIRURGIÃO: Rogério Dias

1º AUXILIAR: Res. Pablo

INSTRUMENTADOR:

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



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 3.6.19 O.S. _____

Jose Garcia Alves
de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em JDM sob sedação profunda.
 - 2) Anestesia e Analgesia.
 - 3) Colocação do campo estéril + um controle de 5x0,9%.
 - 4) Fissura de fratura e redução com pinos de Stein, tipo delta, com controle radiológico.
 - 5) Sutura com vicril 2,0
 - 6) Curativos
 - 7) AO RPA
- col. vicral por Dr. Rogério

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARGA ALVES DE SOUZA

0310619

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- Minoxidil 2 mg @
- Ranitidil 50 mg @

Nº

RUB-11

AGENTES

N 20

02

LIQUIDOS
VENOSOS

J

E

C

E

17

LF/P/P/P/P
500 500 500 500

DA

X

38

220

ULSO

36

200

ANES

X

32

180

OP

O

30

140

TEMP

120

ASPIR.

A

80

RESPIR

O

80

40

20

Export

Assist

Centro

SIMBOLOS

A X @

A O X B @

AGENTES

A

Bupivacaine 0.5% 10 ml

DOSES

10 ml

TECNICA

PARALAMESTESIA hipot-

Boleto lombal L3-L4

Via microcanal C1 A6

desmido 2.5 G - Verruca

C-50/10mm

ANOTAÇÕES

X - Check list: monitorização vital,

equilíbrio, oxigênio, pressão

1 - 02 sob em dl/10h

2 - Aspirado e Anticoagulante

no lombo

3 - Bloqueio C1 Paravertebral

lombo L3-L4 Nível 259

4 - Injeção Bupivacaine 2.5% (10ml)

2/5/1998

GLICOSE

LIQUIDOS

NDC

SANGUE

SF 0.9% 2000

TOTAL

2000 ml

OPERAÇÃO

Fixação sistema de

Tomozelo (pico) direito

ANESTESIA

Paralôm / José RZ

CODIGO

CIURURGIA

Paralôm / Augusto

PERDA SANGUINEA

compensar

Laringe - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia
Braditardia - Choque

Dr. Alberto P. de Oliveira
Anestesiologista

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		08/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CURATIVO DIÁRIO					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	70	20	36
17-18 H	130/76	84	39	35.92
24 H	130/94	86	20	35.6

06 100/100 77 21 362

Dr. Fernando Rezende
Médico Responsável Ortopedia e Traumatologia
C.R.O. 2011

T-505

Blanco 02
Maca 02

~~405-1~~ 405-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <i>Jose Carlos Alves de Souza</i>				
AGNÓSTICO <i>fr de João Paulo D.</i>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18:00 06/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			18:00 14
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			18:00 06/12
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			Suspensão
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			SUSP
12	<i>Gentamicina 240mg EV 1x ao dia</i>			<i>06</i>
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO-SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			18:00 06/12
18	CURATIVO DIÁRIO			<i>Dr. Augusto Realizante</i>
19				
20				
21				

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

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	124/81	106	36.5c
6H	132/84	95	36.5c

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:30 PA=137x93 P=112 T=36.5c

~~405-1~~ 405-1



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data: 08/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 1
Nome Completo:	Jose Gonçalo Alves de Sousa		
Hipótese Diagnóstica:	Parkinson M.D. e fibrilhação extensa		
Isolamento ou Precaução:	☒ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos		
Alergia:	☐ Sim ☒ Não Qual (is):		
Necessidade de Intérprete?	☐ Sim ☒ Não Qual idioma:		
Possui acompanhante:	☒ Sim ☐ Não Obs: e/ Moleto		
Deambulação:	☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☒ Comprometida/cambaleante		
SISTEMA NEUROLÓGICO			
☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado			
☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso			
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage			
PUPILAS			
☒ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas			
☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes			
REGULAÇÃO TÉRMICA			
☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico			
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia			
☐ Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			
☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada			
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada			
☒ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica			
☐ Aclanótica ☐ Edema Local:			
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☒ Não			
Região:			
Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☒ NÃO			
SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____			
☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____			
☒ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____			
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT			
Aceltação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial			
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia			
☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena			
Flatos: ☒ Presente ☐ Ausente			
REGULAÇÃO ABDOMINAL			
☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido			
☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico			
Ruídos Hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente			
Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FO: ☐ Sim ☐ Não			
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria			
☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria			
☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☒ Ar ambiente ☐ Traqueostomia			
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☒ Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não Local: MSD Data: 07/08/19 Trocar em: _____			
Cateter Central: ☐ Sim ☒ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☒ Não			
Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: ☐ Sim ☒ Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: ☐ Sim ☒ Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Lesão por Pressão			
☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☒ Risco de Quedas			
☐ Risco de nutrição desequilibrada ☒ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração			
☐ Risco de glicemia instável ☒ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada			
☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de constipação			
☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação deficiente			
☐ Volume de líquidos deficiente ☒ Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda			
Não 0 Sim 20			
2. Diagnóstico Secundário			
Não 0 Sim 15			
3. Auxílio na Deambulação			
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30			
4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			
Não 0 Sim 20			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20			
6. Estado Mental			
Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15			
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Risco
Médio

Lucirene de Lima Campos
ENFERMEIRA
COREN/RJ 254.349

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: paciente Alvaro da Silva
Data: 10/05/2010

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: FabianoANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

PACIENTE CONFIRMADO:

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

PACIENTE NÃO CONFIRMADO:

☒ Não se Aplica

PACIENTE NÃO CONFIRMADO:

☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONFIRMAÇÃO DE PULSO NO PACIENTE EM
PROCEDIMENTO

PACIENTE POSSUI

☒ Sim, Quant: _____

PACIENTE POSSUI

☒ Sim, e equipe de enfermagem/assistência disponível

PACIENTE POSSUI

☒ Sim, e todos os procedimentos adequados e planejamento

PACIENTE POSSUI

PACIENTE POSSUI

PACIENTE CIRÚRGICO (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: ☒ Sim () NãoCIRURGIÃO, 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 instrumental, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações.A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.☒ Não se aplica☒ Sim,

Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☒ Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE:1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO☒ Sim () Não2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS☒ Sim () Não () Não se Aplica3- COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)☒ Sim () Não () Não se AplicaSE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO☒ Sim () NãoO CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM A
PREOCUPAÇÃO ESSENCIAL PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

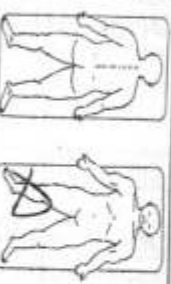
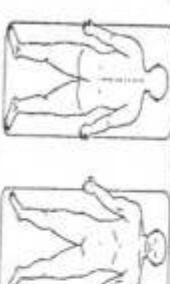
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: JOSE GARCIA

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>M10</u>		Região: _____
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ☒ 2	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Necrose: Amarela/Negra () Estacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Umido () Seco		() Molhado () Umido () Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>Atc</u>		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Bruna S. Pereira</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 816356	<u>Berenice Sônia Carlos</u> Técnica de Enfermagem COREN-RR 387072		
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			HGR Hospital Geral de Roraima
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
	PRESCRIÇÃO MÉDICA			

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA
----------	----------------------------

DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D
-------------	---------------------------

ALERGIAS	HAS	DM2
----------	-----	-----

IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

1	DIETA LIVRE	
---	-------------	--

2	AVP	
---	-----	--

3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
---	---	--

4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N	
---	-------------------------------	--

5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	
---	---------------------------------------	--

6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N	
---	----------------------------------	--

7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
---	------------------------	--

8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
---	---	--

9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
---	---	--

10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	
----	--	--

11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	
----	--	--

12	SSVV + CCGG 6/6H	
----	------------------	--

13	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

14		
----	--	--

15		
----	--	--

16		
----	--	--

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

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

--	--

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

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

Dr. Marcos Aguiar Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM RR 1995

Act By 1 LOTE, AAA, ~~Declaro~~
ATM + retorno na HCU
SI Reno. Hgstr

401-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA		04/08/2019	
ITEM		HORÁRIO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					
12		SSVV + CCGG 6/6H					
13		CURATIVO DIÁRIO					
14							
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
11/12 H	130/77	81	17	35.1
18 H	133/80	75	-	36.4
24 H	120/60	81	20	36.4

Dr. Jesus da Silva Aguiar
CRM-RR 566

04

Paciente e/ou queixas após medicado em, após o
SSVV + coleta de exames lab.

Elizabeth Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 650.492 TE
E12del



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

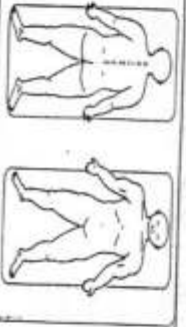
Paciente:

José Garcia Alves

Leito:

401.1

Data: 08/08/19

Localização		Região: <u>M. I. D.</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u>F.O.</u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Assinatura de: <u>Patricia N. Viana</u> Assinatura: <u>Patricia N. Viana</u> COFEN-RR 443.709		Assinatura de: <u>Jucilene Moreira</u> Assinatura: <u>Jucilene Moreira</u> COFEN-RR 453.554	
Observações:	Assinatura: <u>[Assinatura]</u> _____ _____ _____			

2401-1 *du*
Norte

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	07/08/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				<i>SUB</i>
2	AVP				<i>monte</i>
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				<i>SA</i>
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				<i>12:30 4:06</i>
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				<i>08:20</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H				<i>19:00</i>
13	CURATIVO DIÁRIO				<i>M</i>
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x83	84	17	35.5
18 H	138x79	80	18	36.8
24 H	133x77	90		35.9

Dr. Marcos Aguiar
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1995

OGU 130/80 92 39mpm 36.1°C

Bloco D

405-1
405-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA							
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019			
ITEM		HORÁRIO					
1 DIETA ORAL LIVRE		S/N					
2 AVP		Monte					
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		S/N					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N		12/18/24/06					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		06/06					
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		S/N					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		14/22/06					
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		12/18/24/06					
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		Suspensão					
12 SSVV + CCGG 6/6H		12/18/24/06					
13 CURATIVO DIÁRIO		Rebiger					
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x89	83	-	36
18 H	150x96	84	-	36,1
24 H	140x90	92	19 respir	35,9°C

06h 140x80 89 19 respir 36,1°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Ortopedista

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

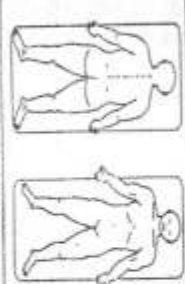
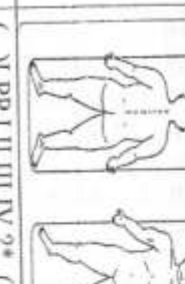
Paciente:

Jose Garcia Alves

Leito:

401.1

Data: 07/08 / 2019

Localização		Região: <u>MI D</u>		Região: <u>MS D</u>
Etiologia	Grau: I () II (X) () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> X Fixador Externo () ortopedia () Outro:			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:			
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Vanessa da Silva Morais</i> Técnica Enfermagem COREN-RR 965177		<i>Vanessa da Silva Morais</i> Técnica Enfermagem COREN-RR 965177	
Observações:	() 12/12 (X) Diário () 48/48h () 12/12 (X) Diário () 48/48h			

201-1

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		52		LEITO		401-1	
ITEM						DATA	
						09/08/2019	
1		DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2		AVP				SUS	
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				manhã	
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				SN	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				12/8 24/08	
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				22/08	
12		SSVV + CCGG 6/6H				Folho	
13		CURATIVO DIÁRIO				M	
14		folha curativo pro Clinica					
15							
16		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	EC	FR	
12 H	100/61	73	90	36,4°C
18 H	104/90	88	119	35,9°C
24 H	134/91	72	58	36,5°C

00 104/65 93 72 36,2°C

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco: D	Data: 09/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 01
Nome Completo: Jane Garcia Alves de Sousa		DN: / /	Sexo: ☐ F ☒ M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos			
Alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☒ Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Obs:			
Deambulação: ☒ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: 13x8 ☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: 13x8 ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso:	
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mioticas ☐ Midriáticas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: Data: Trocar em: Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: Curativo realizado em: Trocar em: Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da instalação: Trocar em: Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Padrão respiratório inefaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Déficit no autocuidado para Higiene	
☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Supereestima capacidade/Esquece limitação 15	
Muleta/Bengala/Andador: Mobiliário Parede 30			
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

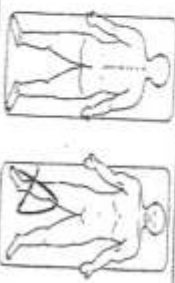
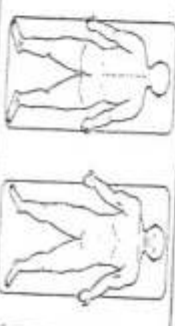
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

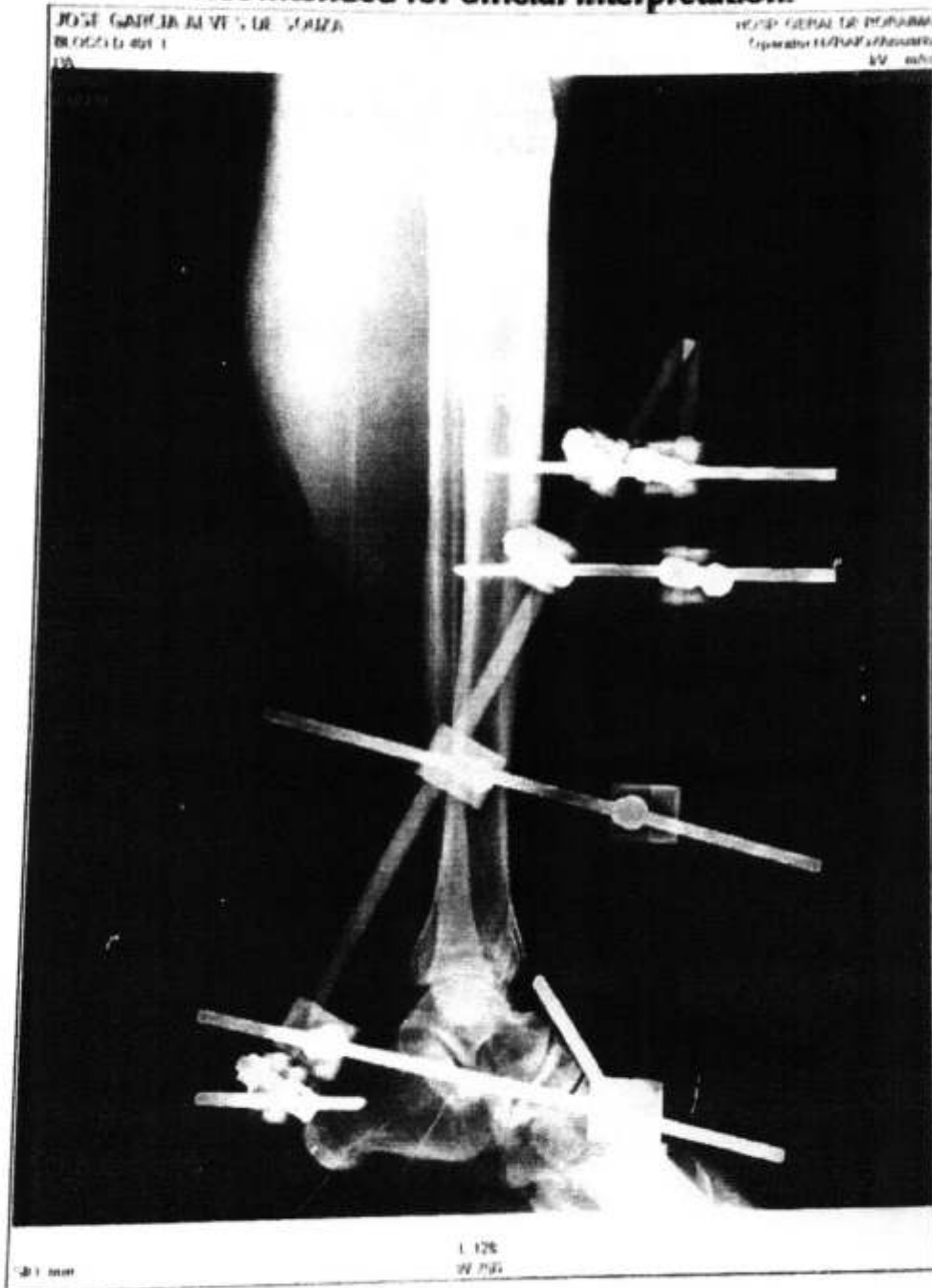
Paciente: Jose Garcia

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização		Região: <u>M10</u>	
Etiologia	Grau: I () II () III () IV () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo () Ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros ☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco () Outro:		
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% ☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>Alce</u>		
Cobertura primária	() 12/12 () 48/48h		
Troca	☒ Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Berenice S. Pereira Téc. em Enfermagem COREN-RR 816.356 Berenice S. Pereira Téc. em Enfermagem COREN-RR 816.356		
Observações:			

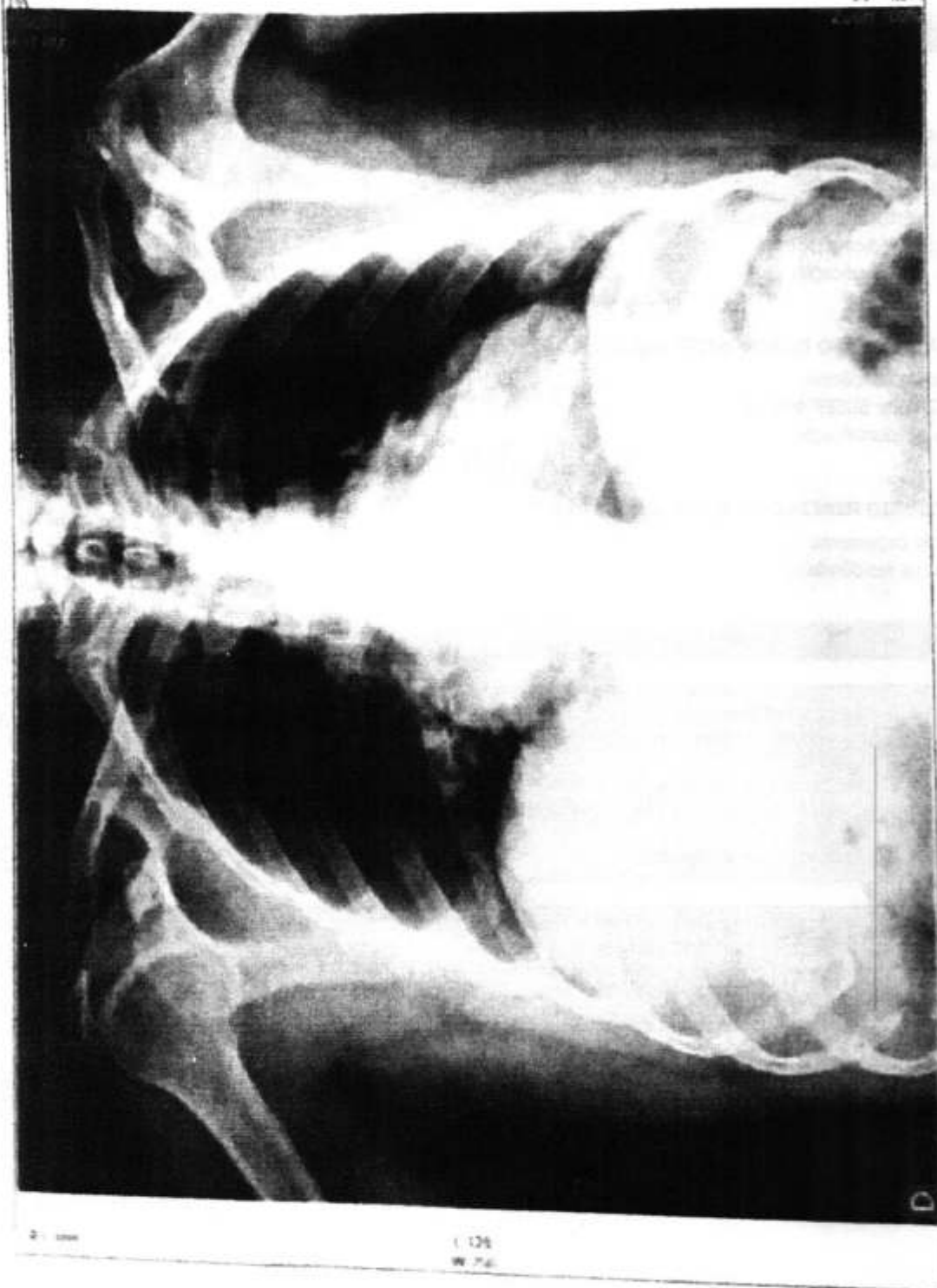
Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

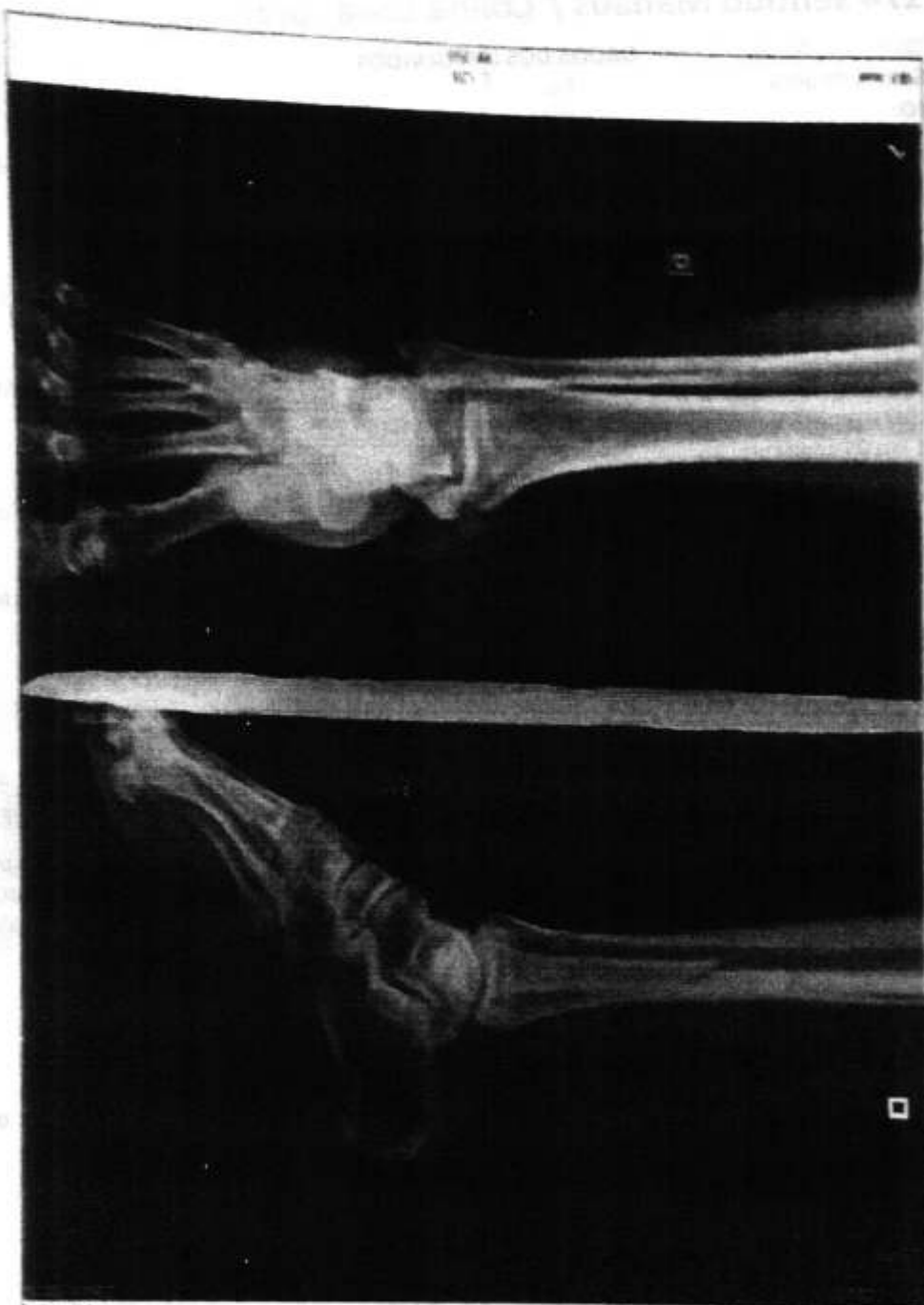
JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Exames: TUPAT's / RESUMEN
EX. 0001



Not intended for official interpretation.

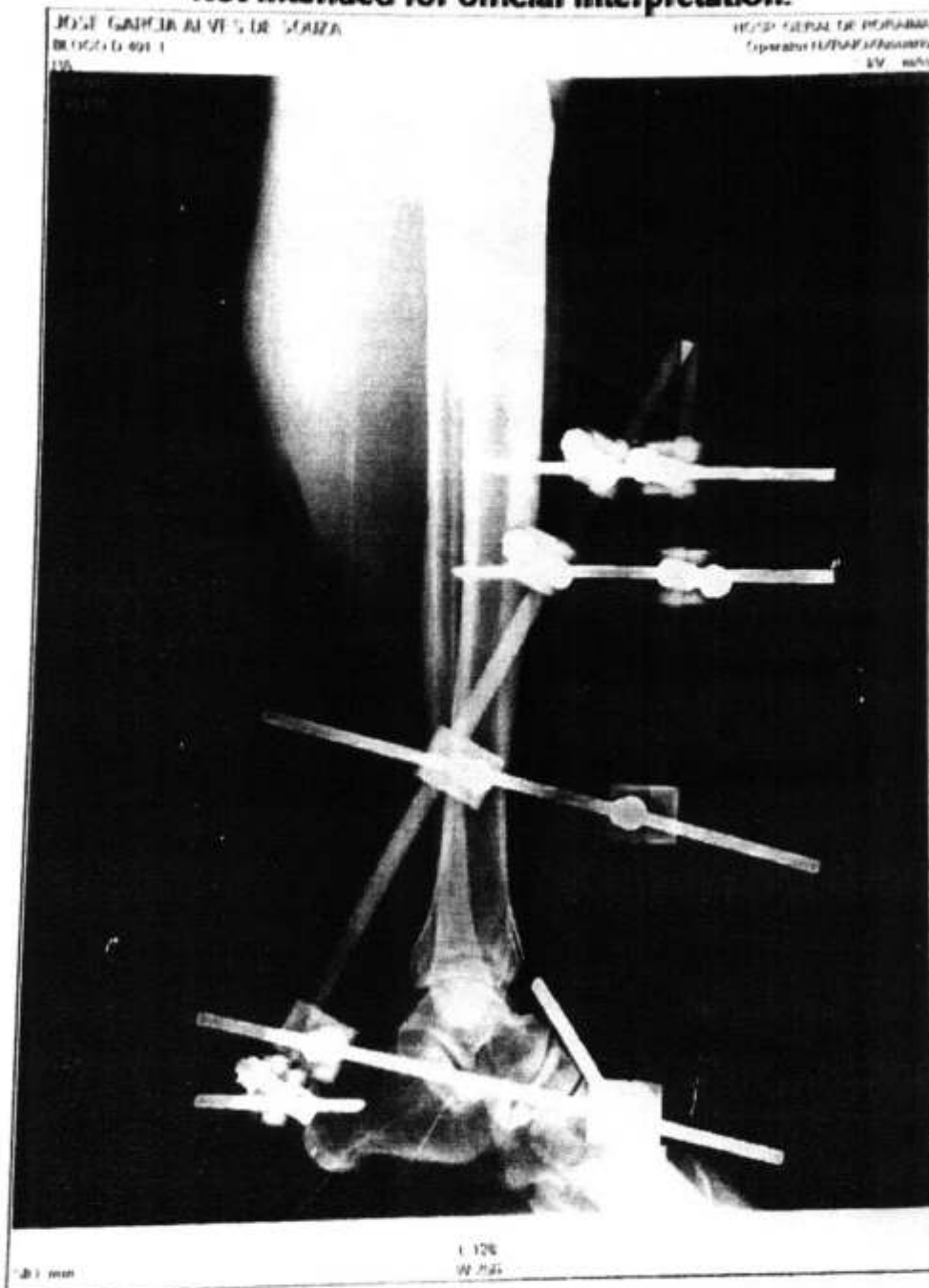




Not Intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA
BL00010401.1

HOSP. GERAL DE PONTA GROSSA
Laboratório (LUPA) / Radiologia
R.V. - m. 4.1



21. 0000

1 128
100 128

ORTOPEDIA

paciente com lesão
potencialmente de trauma
em T12 (D).

lesão em nível menor

pt de 42 em T12 (D)

di. do corpo vertebral

Dr. Marcus Brundler
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 121218



BOLETIM OPERATÓRIO

Jose Garcia Ruy
do Souza

Data: 3.5.19

OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRCUNSIÃO:

2ª AUXILIAR:

3ª AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH solo euvanderson
- 2) Anestesia e Analgésico
- 3) Colocação do corpo estéril + vacante
- 4) Furo de furo e reanexo com
rins de Shang, tipo delta com controle
radiológico.
- 5) Sutura com vicril 2.0
- 6) Curativos
- 7) Ao RPA

solos orientados ao Dr. Rogério

Dr. Augusto Garibaldi
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 1584



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
CENTRO DE ESPECIALIDADES EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Hospital/Localização: HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA		Especialidade: Ortopédia	Procedimento Solicitado: Fixação Externa de Pêlo	
Nome do Paciente: Jose Garcia Alves de Sousa			Nº de Procedimento: 1901143776	Data: 03.08.19
Diogo:	Enfermagem:	Leito:	1º da data:	Ortopedia e Traumatologia

VALORES E QUANTIDADES UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

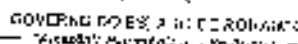
Descrição dos materiais/Serviço				
Hospital/Centro de Referência (X)		Empresa		Valor Adicional
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	VALOR
1	Item: 010455 - Código: P08 5 208 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSA SARTORI - LENSEPIX TIBIA/FEMUR 100 - 1/2 TIERP Fab: 10/12/2015 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 809465013 Material ACO INOX ALTIMENTO Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.323/0001-10 - R. do Ceará, 567 Tel: +55 79 3338-1916 info@sartori.com.br	01	01	
2	Item: 010715 - Código: AE35 5 686 PIND INTRAMEDULAR OSSAO - M X CX 4,5 X 200 XT Fab: 03/01/2019 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 809465013 Material ACO INOX ELAR Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.323/0001-10 - R. do Ceará, 567 Tel: +55 79 3338-1916 info@sartori.com.br	02	02	

MÉDICO ORTOPEDIA: Rogério Dias 2º AUXILIAR: Res. Pablo

INSTRUMENTADOR: _____

DATA: 03/08/2019 10:00:00

Dr. Alexandre Gonçalves de
Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 10.104



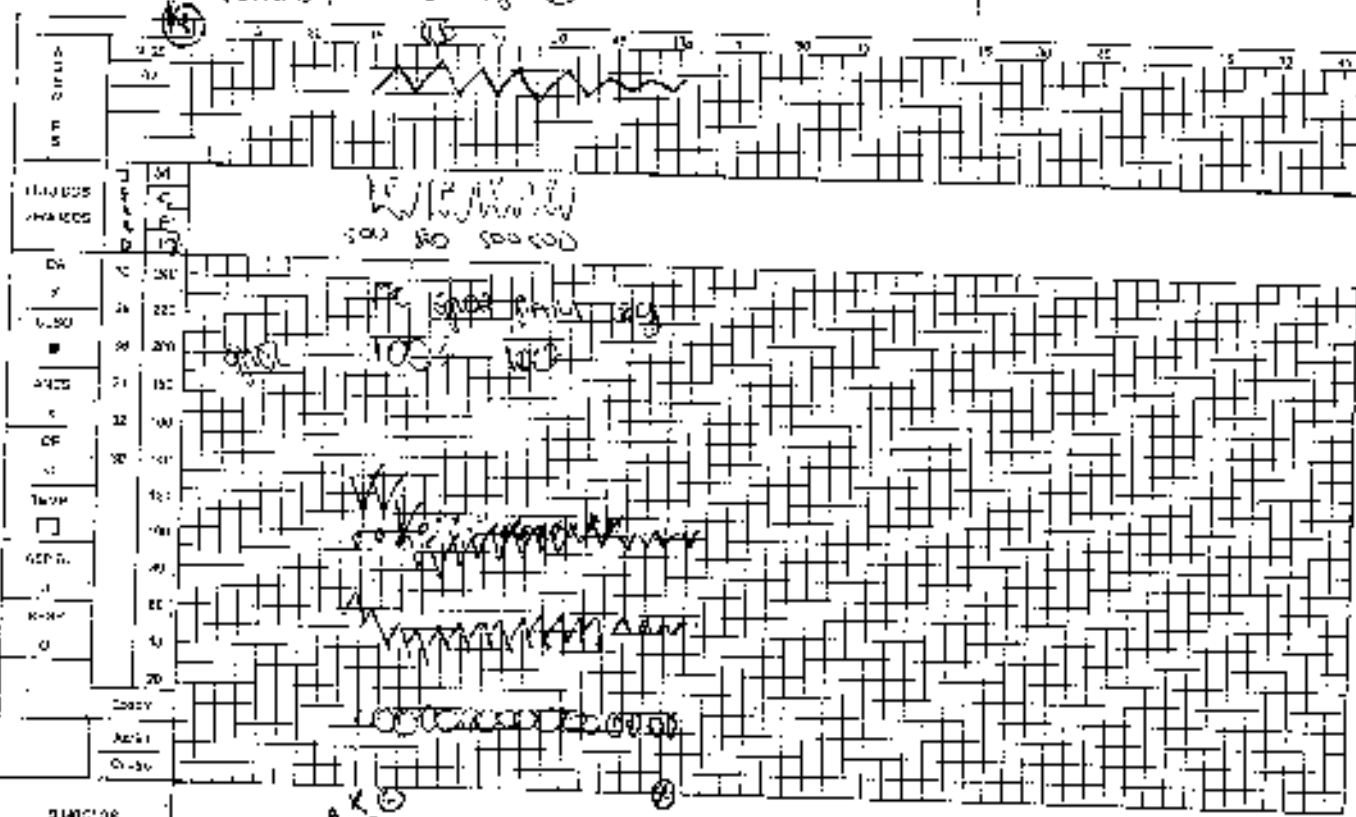
JOSÉ GARCIA ALVÉS DE SOUZA

PRE-MEDICATION: 100mg COCAINE + 100mg Fentanyl

- minimization is $\frac{1}{2}$ (D)
- Reduction is $\frac{1}{4}$ (C)

03/06/14

100-44



2. 输入 日期

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
10/1	Initial deposit	100.00	100.00
10/2	Withdrawal	25.00	75.00
10/3	Deposit	50.00	125.00
10/4	Withdrawal	10.00	115.00
10/5	Deposit	75.00	190.00
10/6	Withdrawal	30.00	160.00
10/7	Deposit	40.00	200.00
10/8	Withdrawal	15.00	185.00
10/9	Deposit	60.00	245.00
10/10	Withdrawal	20.00	225.00
10/11	Deposit	80.00	305.00
10/12	Withdrawal	40.00	265.00
10/13	Deposit	90.00	355.00
10/14	Withdrawal	50.00	305.00
10/15	Deposit	100.00	405.00
10/16	Withdrawal	60.00	345.00
10/17	Deposit	110.00	455.00
10/18	Withdrawal	70.00	385.00
10/19	Deposit	120.00	505.00
10/20	Withdrawal	80.00	425.00
10/21	Deposit	130.00	555.00
10/22	Withdrawal	90.00	465.00
10/23	Deposit	140.00	605.00
10/24	Withdrawal	100.00	505.00
10/25	Deposit	150.00	655.00
10/26	Withdrawal	110.00	545.00
10/27	Deposit	160.00	705.00
10/28	Withdrawal	120.00	585.00
10/29	Deposit	170.00	755.00
10/30	Withdrawal	130.00	625.00
10/31	Deposit	180.00	805.00
11/1	Withdrawal	140.00	665.00
11/2	Deposit	190.00	855.00
11/3	Withdrawal	150.00	705.00
11/4	Deposit	200.00	905.00
11/5	Withdrawal	160.00	745.00
11/6	Deposit	210.00	955.00
11/7	Withdrawal	170.00	785.00
11/8	Deposit	220.00	1005.00
11/9	Withdrawal	180.00	825.00
11/10	Deposit	230.00	1055.00
11/11	Withdrawal	190.00	865.00
11/12	Deposit	240.00	1105.00
11/13	Withdrawal	200.00	905.00
11/14	Deposit	250.00	1155.00
11/15	Withdrawal	210.00	945.00
11/16	Deposit	260.00	1205.00
11/17	Withdrawal	220.00	985.00
11/18	Deposit	270.00	1255.00
11/19	Withdrawal	230.00	1025.00
11/20	Deposit	280.00	1305.00
11/21	Withdrawal	240.00	1065.00
11/22	Deposit	290.00	1355.00
11/23	Withdrawal	250.00	1105.00
11/24	Deposit	300.00	1405.00
11/25	Withdrawal	260.00	1145.00
11/26	Deposit	310.00	1455.00
11/27	Withdrawal	270.00	1185.00
11/28	Deposit	320.00	1505.00
11/29	Withdrawal	280.00	1225.00
11/30	Deposit	330.00	1555.00
12/1	Withdrawal	290.00	1265.00
12/2	Deposit	340.00	1605.00
12/3	Withdrawal	300.00	1305.00
12/4	Deposit	350.00	1655.00
12/5	Withdrawal	310.00	1345.00
12/6	Deposit	360.00	1705.00
12/7	Withdrawal	320.00	1385.00
12/8	Deposit	370.00	1755.00
12/9	Withdrawal	330.00	1425.00
12/10	Deposit	380.00	1805.00
12/11	Withdrawal	340.00	1465.00
12/12	Deposit	390.00	1855.00
12/13	Withdrawal	350.00	1505.00
12/14	Deposit	400.00	1905.00
12/15	Withdrawal	360.00	1545.00
12/16	Deposit	410.00	1955.00
12/17	Withdrawal	370.00	1585.00
12/18	Deposit	420.00	2005.00
12/19	Withdrawal	380.00	1625.00
12/20	Deposit	430.00	2055.00
12/21	Withdrawal	390.00	1665

2- Green list: noninfectious cases;
orange list: progress, relapse

1. 01 5045 571 30/1/1971

2 - assigned to subcategory
as follows

3 - Indikator di Perencanaan dan
Implementasi Aspek 25%

21. $\log_{10} 100 = 2$, $\log_{10} 1000 = 3$, $\log_{10} 10000 = 4$

② 2/5 1/2

CLINICAL	PHYSICAL	LABORATORY	IMAGING	OTHER
1000				
2000				
3000				
4000				
5000				
6000				
7000				
8000				
9000				
10000				
11000				
12000				
13000				
14000				
15000				
16000				
17000				
18000				
19000				
20000				
21000				
22000				
23000				
24000				
25000				
26000				
27000				
28000				
29000				
30000				
31000				
32000				
33000				
34000				
35000				
36000				
37000				
38000				
39000				
40000				
41000				
42000				
43000				
44000				
45000				
46000				
47000				
48000				
49000				
50000				
51000				
52000				
53000				
54000				
55000				
56000				
57000				
58000				
59000				
60000				
61000				
62000				
63000				
64000				
65000				
66000				
67000				
68000				
69000				
70000				
71000				
72000				
73000				
74000				
75000				
76000				
77000				
78000				
79000				
80000				
81000				
82000				
83000				
84000				
85000				
86000				
87000				
88000				
89000				
90000				
91000				
92000				
93000				
94000				
95000				
96000				
97000				
98000				
99000				
100000				

UNSUB: PIRELLA GASTONE DE
DOMENICO ANGELO DIRITO

QUESTION: Proton | Sum: 82 | Answer: Rayquaza

1. Составляющие - Стороны: Сторона Стороны
 2. Может ли Сторона Стороны Стороны
 3. Сторона Стороны Стороны

1879-1900: 2000
1901-1920: 2000

COMPOST GWT

24. *Chlorophyll a*

Curitiba - São Carlos
ENTRADA
COMPRADO 25/5/99



GOVERNO DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE

Jose Garcia Alves de Sousa

APT OU LEITO

Nº DO PRONTUÁRIO

1901145776

DATA

03/10/81

CIRURGIA

TIPO

Fixação Externa de Píleo

INICIO

14:50

FIM

15:48

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO

Dr. Rogerio Dias

AUXILIAR

Res. Pablo

AUXILIAR

Res. Pedro / Res. Augusto

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

Dr. Fabiano

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE

Souza e Helma

TIPO DE ANESTESIA:

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
0	PAIS COMPRESSAS C/03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
4	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 20	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SETA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML		1	SONDA P/OSCO cateter 02	
3	SERINGA 05 ML		1	REF. CATETER Nº	
5	SERINGA 10ML			GUANINA	
3	SERINGA 20ML		5	AGULHA P/ROQUE	
			5	ANTA CARDIA	
			2	OUTROS: Alodura de crepom	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

Gabriela

Aline

CIRCULANTE DE SALA

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

401-1

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

52

LEITO

401-1

DATA

08/08/2019

ITEM

1

DIETA LIVRE

HORÁRIO

2

AVP

SND

3

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

manhã

4

TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N

SN

5

DIPIRONA 1g EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N

SN

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N

SN

7

PLAS'L 10MG EV 8/8H S/N

SN

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

SN

9

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

SN

10

CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6

SN

11

CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12

SN

12

SSV + CCGG 8/8H

SN

13

CURATIVO DIÁRIO

14

15

16

17

18

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
#EXAME FÍSICO: BEG, LOPE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFERRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZIDA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	70	20	36
12-18 H	137/76	89	19	35,9
24 H	130/79	86	20	35,6
06	130/100	77	21	36

Dr. Fernando Rezende
HGR RORAIMA

403-1

401-1

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

HER

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	08/08/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHg				
4	TENOX-CAM 100MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPYRONE 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG IV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFC 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CH OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSV + CCGG 8/8H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DGL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETIDO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LITE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCÓRADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

B.H	PA	FC	FR	
12 H	130/72	81	17	35.1
18 H	133/82	75	-	36.4
24 H	130/60	81	20	37.4

Dr. Douglas R. Ruyter
CRM-PR-566

BU

Paciente a/ queixas, afecção medicada apm, aferido
SSV + coletadas exames lab.

Elisavete Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-PR-087492 TE
Elisavete

Bloco 5
Maca 02

~~401-2~~ 401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Joaquim Carlos Alves de Sousa		
AGNOSTIC	Joaquim Carlos Alves de Sousa		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H		
12			
13	Gentamicina 240mg IV 1x/dia		
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG		
17	SSVV + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80), CONFORME ESQUEMA.
200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 7%
DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTATO PACIENTE DETADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO,

NGILMOCORADO, HIDRATADO,

SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	124/81	106	26.5°C	

6H 130/84 95

36.5°C

18130 PA=137x93 P=112 T=36.5°C

401-1

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: JOSÉ GARCIA

Leito: 404-1

Data: 06/08/19

Localização			Região <u>MID</u>			Região:
Etiologia	☐ IEP ☐ IEP III ☐ IEP IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☒ Fixador Externo ☐ Imobilização ☐ Outro:		Grav: <u>I</u> ☐ <u>II</u> ☒ <u>III</u> ☐ <u>IV</u> ☐ <u>V</u> ☐ <u>VI</u> ☐ <u>VII</u> ☐ <u>VIII</u> ☐ <u>IX</u> ☐ <u>X</u> ☐ <u>XI</u> ☐ <u>XII</u>	☐ IEP ☐ IEP III ☐ IEP IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Imobilização ☐ Outro:		Grav: <u>I</u> ☐ <u>II</u> ☐ <u>III</u> ☐ <u>IV</u> ☐ <u>V</u> ☐ <u>VI</u> ☐ <u>VII</u> ☐ <u>VIII</u> ☐ <u>IX</u> ☐ <u>X</u> ☐ <u>XI</u> ☐ <u>XII</u>
Apresentação no Leito	☐ Normal ☒ Amarelado/Negra ☐ Escurecido ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros		☐ Normal ☒ Mucoso ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☒ Amarelado/Negra ☐ Escurecido ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros		☐ Normal ☒ Mucoso ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Pele Periférica	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sangüinolento ☐ Serosangüinoso ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <u>Alce</u>		☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☒ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Procedimento que realizou	<u>Debridamento</u> <u>Colagem da ferida</u> <u>Aplicação de Alce</u>		<u>Debridamento</u> <u>Colagem da ferida</u> <u>Aplicação de Alce</u>	<u>Debridamento</u> <u>Colagem da ferida</u> <u>Aplicação de Alce</u>		<u>Debridamento</u> <u>Colagem da ferida</u> <u>Aplicação de Alce</u>
Observações:						

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Vínculo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Jose Garcia Oliveira

Leito: 401.1

Data: 08/08/19

Localização		Região: M. I, D.		Região:
Fisiologia	☐ I () II () III () IV () ☐ Trauma: Tensão Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro: F.O.	Grau: I () II (X) ☐ Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: Tensão Fixador Externo () Ortopedia	☐ I () II () III () IV () ☐ Trauma: Tensão Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II () ☐ Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: Tensão Fixador Externo () Ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Lcto	☐ Necrose Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros:	☐ Necrose Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☒ Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor ☐ Outro:	☐ Necrose Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros:	☐ Necrose Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros:
Pele Periférica	☐ Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor ☐ Outro:	☐ Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor ☐ Outro:	☐ Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor ☐ Outro:	☐ Úlcera () Macerado () Seca () Enfiada / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco ☐ Outro:	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco ☒ Seroso sanguinoso () Seco	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco ☐ Outro:	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Muito () Pouco () Seco	☐ Muito () Pouco () Seco	☐ Muito () Pouco () Seco	☐ Muito () Pouco () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povid () Hidrogel ☐ Outro:	☒ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povid () Hidrogel ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povid () Hidrogel ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colapase/Fibrina () Solução de Povid () Hidrogel ☐ Outro:
Procedimento que realizou	Técnica de Curativo Técnica de Curativo Técnica de Curativo	Técnica de Curativo Técnica de Curativo Técnica de Curativo	Técnica de Curativo Técnica de Curativo Técnica de Curativo	Técnica de Curativo Técnica de Curativo Técnica de Curativo
Observações:	Observações:			

Blanco D

401-1
401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				SUB
2	AVP				Monte
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				SIN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODI 6/6H S/N				12/18/24/06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				06/24/06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SIN
8	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SIN
9	SIMETICINA 1 CP OU 40 COTAS VO 8/8 HRS S/N				14/22/06
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				12/18/24/06
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				Supremo
12	SSVV 1 COGG 6/6H				12/18/24/06
13	CURATIVO DIÁRIO				Proteção
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME FREQUÊNCIA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QUANTIDADE GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE ≥ 80% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: B.E.G, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x80	82	-	36
18 H	150x90	84	-	36
24 H	160x90	85	18	35,8°C

Dr. Fernando Rezende
Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia

06/24/06 160x90 89 18 Respir 36,1°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019
ITEM	HORARIO				
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
17	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 DLM/L. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

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

Dr. Marcos Aguiar
Médico Ortopedista
CRM 1955

Pot By: LOVE, AAA,

Cl. Atm + retorno na HCA

St. Reno. Hgstr

2401-1 *du*
Nova

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS					
IDADE	52	HAS		DM2	
LEITO	401-1	DATA	07/08/2019		
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				S/N
2	AVP				WOM
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG : X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 8/8H S/N				
6	DMEPRAZOL 10MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFC 0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SL
9	SIMETICONA : CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU ZCP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + GCGG 8/8H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO
LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO; SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL,
EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x83	84	17	35.5
18 H	132x79	80	18	36.8
24 H	133x81	90	-	35.8

Dr. *[Assinatura]*
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1956

OG 130/80 92 39 bpm 36.1°C

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

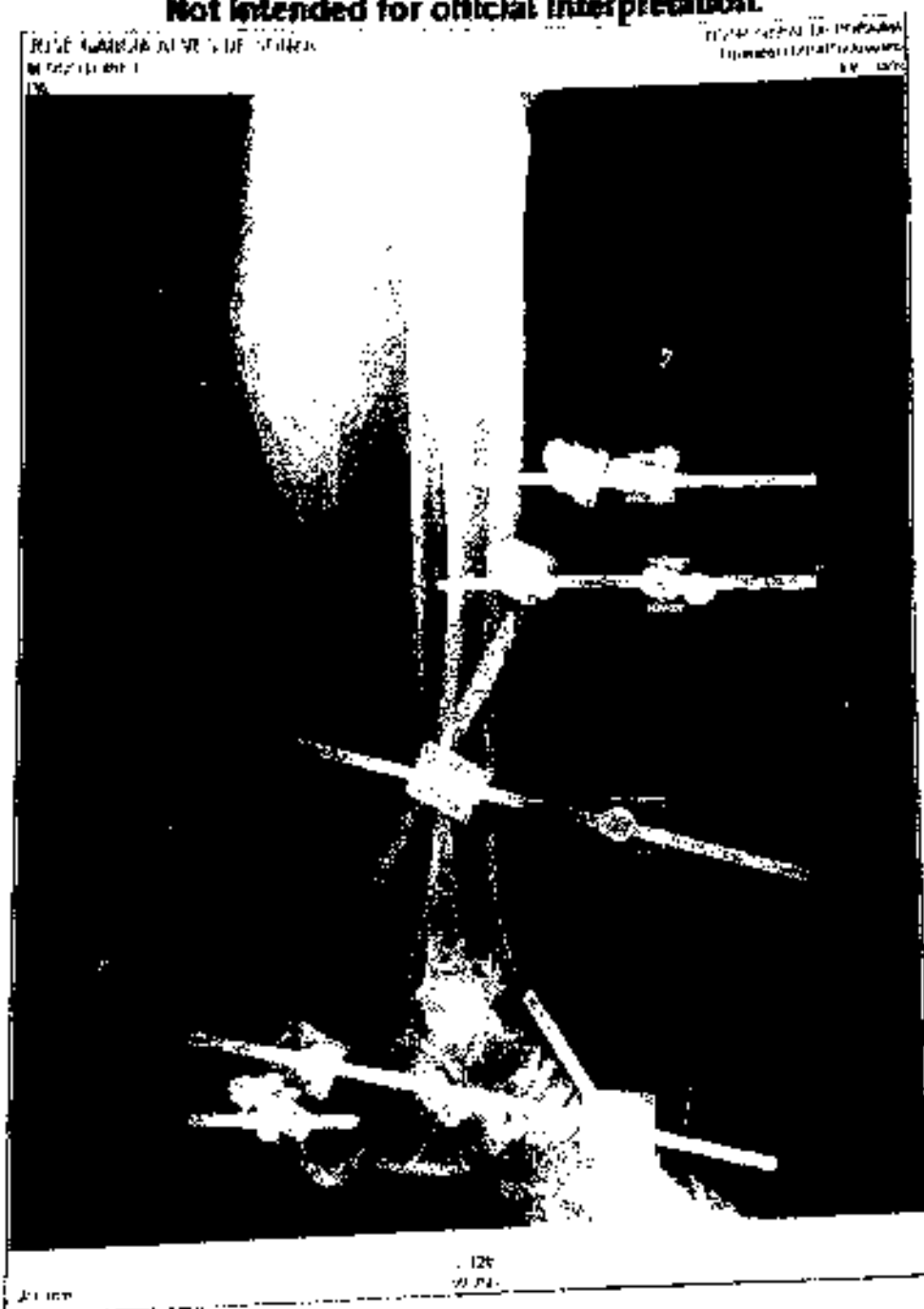
Jose Garcia Alves

Leito: 4011

Data: 07/08/2019

Localização	Região: <u>MT</u>	Região: <u>MS</u>
Esatologia () Lep I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>X</u> Fixador externo () Ortopedia () Outros:	Grav: I () II (X) () Lep I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outros:	Grav: I () II (X) () Lep I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () Ortopedia () Outros:
Aparência do Leito () Neutrose: Amarelado/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização (X) Ferida Recoberta () Dreno/Sonda () Outros	() Neutrose: Amarelado/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização (X) Ferida Recoberta () Dreno/Sonda () Outros	() Neutrose: Amarelado/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização (X) Ferida Recoberta () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional (X) Normal () Macerado () Seca () Bisterna / Rubor () Outros:	() Normal () Macerado () Seca () Bisterna / Rubor (X) Outros: <u>Quelma</u>	() Normal () Macerado () Seca () Bisterna / Rubor (X) Outros: <u>Quelma</u>
Tipo de Exsudato () Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco () Outros:	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outros:	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outros:
Quantidade de Exsudato () Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária (X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outros:
Troca () 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento: <u>Wenderson de Souza Filho</u> Enfermeiro	<u>Wenderson de Souza Filho</u> Enfermeiro	<u>Wenderson de Souza Filho</u> Enfermeiro
Observações:		

Not intended for official interpretation.



Not intended for official interpretation.

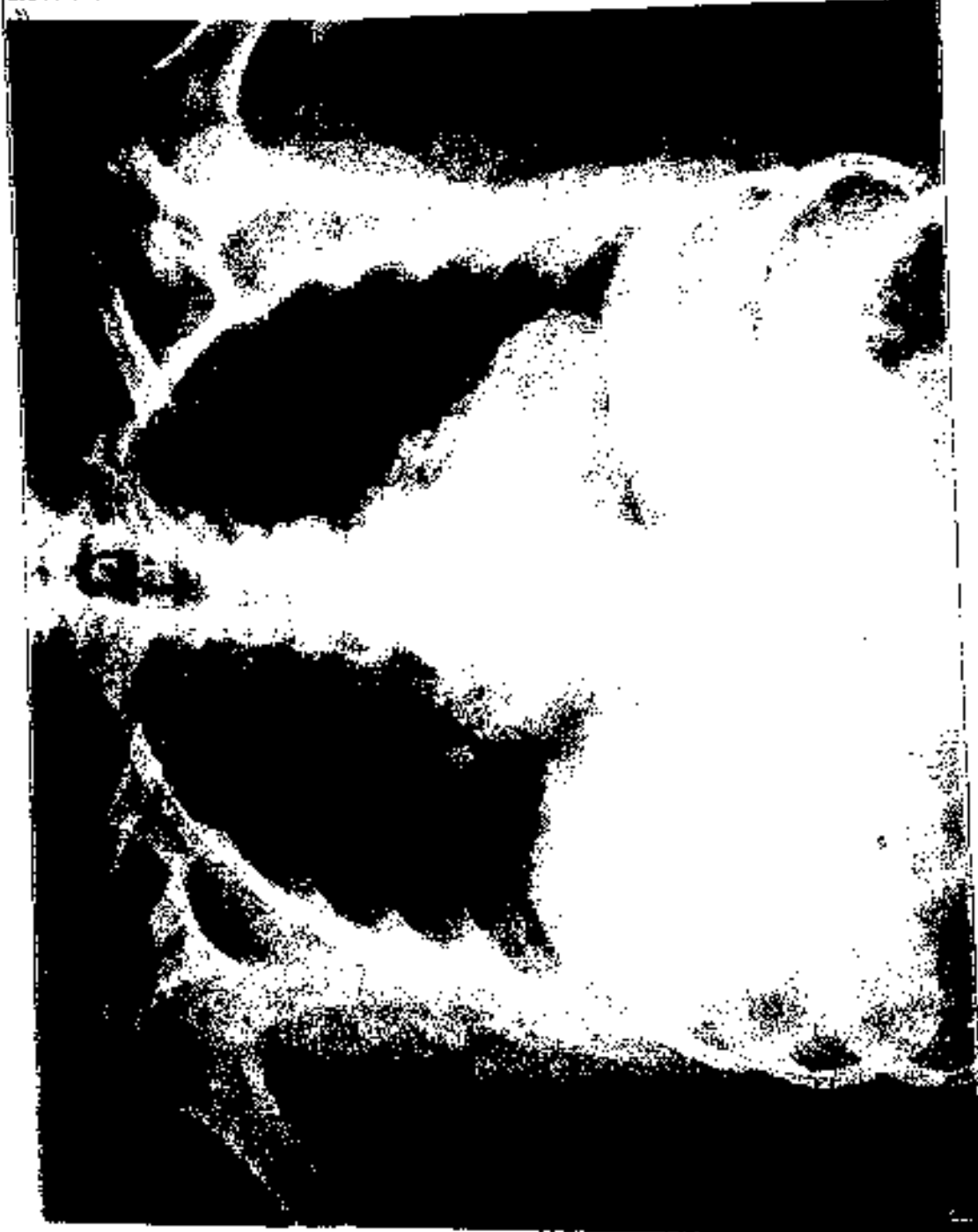
JOSE GARCIA ALVES DE SAZ

BIOLOGICAL

POSTAL SERVICE OF THE UNITED STATES

16-40000-1 (1-1-60) (1-1-60)

U.S. POSTAGE



Not intended for official interpretation.

地址: 上海南京路 100 号 10 楼 1001 室
电话: 021-6248 0000

የኢትዮጵያ ፌዴራላዊ ዲሞክራሲያዊ ሪፐብሊክ
የጋራ ጥያቄ የሚያስፈልግ ሲሆን
ከህግ አንቀጽ 100 መሰረት

تاریخ: ۱۳۸۵/۰۵/۰۵

14. 2014



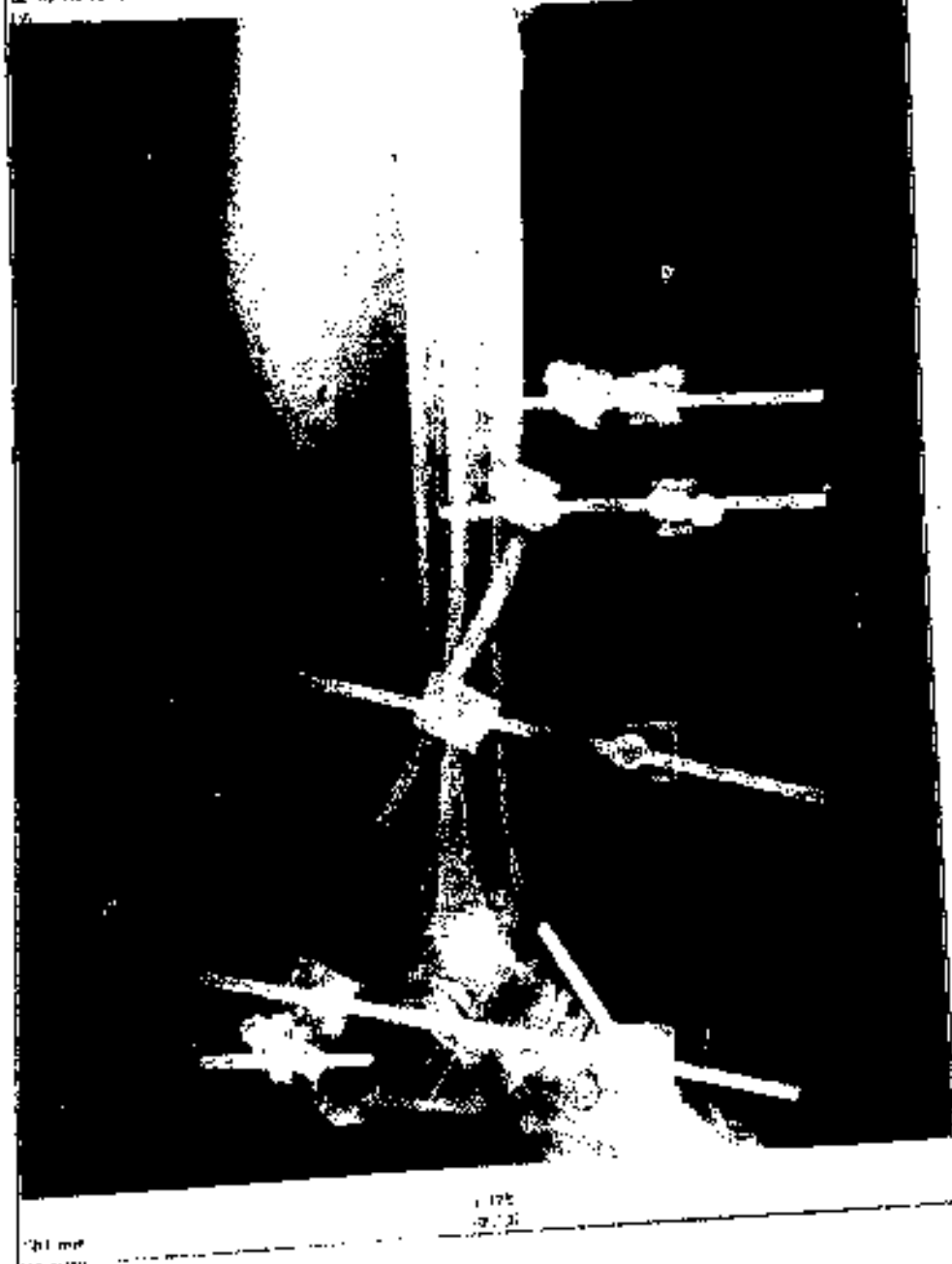


Not intended for official interpretation.

Not intended for official interpretation.

DEPT. OF COMMERCE, BUREAU OF COMMERCE
WASHINGTON, D. C. 20540

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE
BUREAU OF COMMERCE
WASHINGTON, D. C. 20540



Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVAREZ DE SORZA
BLVD 50 4011

SECRETARÍA DE DEFENSA
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS
MEXICO




 GOVERNMENT OF THE UNITED STATES
 DEPARTMENT OF THE ARMY
 OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
 WASHINGTON, D. C. 20315

DONALD L. ECKSTEIN
 RECEIVED

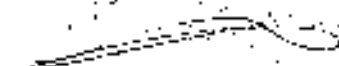
Present before me
 at Santa Ana, Cal.

on 02/03/19, at

Santa Ana, Cal.
 before me, the undersigned

a Notary Public in and for the State of California

26219


 A. Edgar White

OFFICE OF THE ADJUTANT GENERAL
 WASHINGTON, D. C. 20315

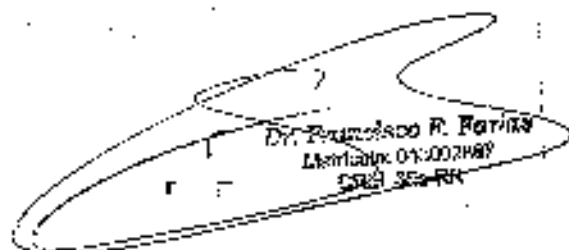
Laudô Médico

Sr. Jose Jozia Alves de Souza, C.I 356322-7 SSP/RR

vítima de acidente de moto, com diagnóstico de fratura exposta
do tornozelo direito, conforme ficha de atendimento 1901143776,
de 03/06/19 do P.S. Fm. E. Libas. Foi realizado tratamento com
gipsagem extensa e fixotomografia. Atendimentos posteriores com
exame do tornozelo, marcha claudicante e direita. Apresenta
limitação para flexão, hiperextensão e rotação interna e externa do
tornozelo direito. Apresenta dor e instabilidade ativa e passiva
durante exame clínico.

Conclusão: Encaminhado para sequelas funcionais
permanentes do membro inferior direito.

Boa Vista, 09/11/2019


DR. FRANCISCO F. FARIAS
CRM 365/RR

REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REGISTRO GERAL

357635-5

RAIMUNDO NORATO SILVA

RELACAO

VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE

VARGEM GRANDE - MA

DOSSIER

CERTIDAO 2540 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF

475.428.443-91

3 VIA

DATA DE EMISSAO

28/01/2016

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1968

AMADEU ROCHA TRIANI

PROFESSOR DE HISTORIA

LEI Nº 7.116 DE 29/09/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 Q08 RENAVAM 00538665955 R.N.T.R.C. 2019

NOME JOSE BORGES ALVES DE SOUSA

RR

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANT. UN. NAP8665 RR CHASSI 9C2KD0552DR356480

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/NAO AM 12 COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1*****

PAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) 140,32 IOF (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 140,32 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO * PROTA SAIR AMOZ DULO * NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

RENAVAM 00538665955 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2013 CAT. DRE 9C2KD0552DR356480

PRÊMIO TARIFARIO

FMS (R\$) R\$36,05 DENATRAM (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,02 TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 CDB RENAVAM 00538665955 R.N.T.R.C. 2019

NOME JOSE BORGES ALVES DE SOUSA

RR

CPF / CNPJ 944.205.801-00 PLACA NAP8665

PLACA ANT. UN. RR NAP8665 CHASSI 9C2KD0552DR356480

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLETA/NAO AM 12 COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1*****

PAIXA / PVA PARCELAMENTO / COTAS 2*****

** PAGO COTA ÚNICA ** 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 140,32 IOF (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 140,32 DATA DE PAGAMENTO 30/07/2019

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO *
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
* PROTA SAIR AMOZ DULO *
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL BOA VISTA-RR DATA 15/08/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/08/2019

VIA 01 CDB RENAVAM 00538665955 R.N.T.R.C. 2019

PLACA NAP8665

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANOS FAB 2013 CAT. DRE 9C2KD0552DR356480

PRÊMIO TARIFÁRIO

CMS (R\$) R\$36,05 DENATRAM (R\$) R\$4,01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15 IOF (R\$) R\$0,02 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) R\$84,58

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 30/07/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
554336

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

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: 17/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
554336

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

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: 17/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

559696

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

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: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635941 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 23.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 30, DR. FRANCISCO FERREIRA FARIAS, CRM/RR 365, 08/11/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190635941 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 03/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 05. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 23.

CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 30, DR. FRANCISCO FERREIRA FARIAS, CRM/RR 365, 08/11/2019.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO:
RG: 356322-7 CPF: 944.205.801-00 ENDEREÇO: RUA/AV. AV. JARDIM ALOD, 18, APT. 403, Nº 403
BAIRRO: CIDADE SATELITE CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.317-529

VÍTIMA: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
CPF: 944.205.801-00 DATA DO ACIDENTE: 03/08/2019
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 30 de AGOSTO de 2019.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escrivão
Av. Aluídes Trêvis, 4307 - Boa Vista, Boa Vista/RR
Fone: (94) 3227-4120
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquirino.com.br

138281.5d693bced8e1d
Reconheço por VERDADEIRA e(s) firma(s)
JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Em testemunho da verdade. SOLO
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2019.
Consulta e(s) sale(s) abaixo em cartaoportal.ssi.com.br
RECPIR1662960UHLJNIXCMDEE736/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

138.281
Escrivente Autorizada

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO:
RG: 356322-7 CPF: 944.205.801-00 ENDEREÇO: RUA/AV. AV. JARDIM ALOD, 18, APT. 403, Nº 403
BAIRRO: CIDADE SATELITE CIDADE: BOA VISTA /RR
CEP 69.317-529

VÍTIMA: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
CPF: 944.205.801-00 DATA DO ACIDENTE: 03/08/2019
NATUREZA: () DAMS ☒ INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: Recuso
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, 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, 30 de AGOSTO de 2019.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Escrivão
Av. Aluídes Trêvis, 4307 - Boa Vista, Boa Vista/RR
Fone: (94) 3227-4120
E-mail: daniel.aquino@cartorioaquino.com.br

138281.5d693bced8e1d
Reconheço por VERDADEIRA e(s) firma(s)
"JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA"

Em testemunho da verdade SOLO
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 30 de agosto de 2019.
Consulta e(s) sale(s) abaixo em cartaoportal.ssprr.com.br
RECPIR1692960UHLJNIXCMDEE736/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,50

138.281
Escrivente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398181/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

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: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362822/19

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF: 944.205.801-00

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/08/2019

Titular do CPF: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

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

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA : 944.205.801-00

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: 17/10/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635941

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos 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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190635941

Vítima: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 03/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000054319-2

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:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

944.205.801-00

4 - Nome completo da vítima:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

7 - Profissão:

RODASOU

8 - Endereço:

AV. IADIM 818B-18-A-403

6 - CPF:

944.205.801-00

11 - Bairro:

CIDADE SATELITE

12 - Cidade:

BOA VISTA

9 - Número:

818

10 - Complemento:

APT 403

15 - E-mail:

monatoSilva638@gmail.com

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69-317-529

16 - Tel (DDD):

95) 991144021

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

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3021

CONTA:

000 54319

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado (se for a vítima): ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

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 (ainda não nasceu)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 15/10/19

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

RAIMUNDO MONATO SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 944.205.801-00 4 - Nome completo da vítima: JOSE GARCIA ALVES SOUZA

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

5 - Nome completo: JOSE GARCIA ALVES SOUZA 6 - CPF: 944.205.801-00
7 - Profissão: ROCEIRO 8 - Endereço: AV. Jardim 818B-18-A-403 9 - Número: 818 10 - Complemento: APT 403
11 - Bairro: CIDADE SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-529
15 - E-mail: monatoSilva638@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 95 991144021

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3021 CONTA: 000 54319 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ 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 (vairascos)? ☐ 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 - ☐ Não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 15/10/19

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

RAIMUNDO MONATO SILVA

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:39 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:39
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Araguaína
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. JARDIM
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA FACA NAP-8365 CHASSI 9C2KD0550DR356480 que está em nome do comunicante e seguia pela Rua Dom José Nepote QUANDO foi Colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Fim o relato.

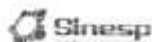
ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula: 42000612
Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(a) único(a) responsável pelo(a) crime(s) acima relatado(s) e que não tenho conhecimento de terceiros que possam responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Calamitosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:39 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:39
Delegado de Polícia: Alexander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Araguaína

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. JARDIM
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA FACA NAP-8365 CHASSI 9C2KD0550DR356480 que está em nome do comunicante e seguia pela Rua Dom José Nepote QUANDO foi Colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPV-T. Fim o relato.

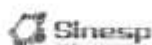
ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula: 42000612
Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelo(a) conteúdo(s) acima relatado(s) e que não tenho ciência de qualquer outro fato que possa responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Corrupção Falsa do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Alexander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 944-205.801-00 2 - CPF do segurado: 944-205.801-00 3 - Nome completo do segurado: JOSE GARCIA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (TITULO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLENTE Nº 42/2012

4 - Nome do segurado: JOSE GARCIA ALVES SOUZA 5 - CPF: 944-205.801-00
6 - Profissão: RODADOR 7 - Endereço: AV. LAADIM 888-1B, A. 403 8 - Número: 818 9 - Complemento: APT 403
10 - Bairro: Cidade Satélite 11 - Cidade: BOA VISTA 12 - Estado: RR 13 - CEP: 69-317-529
14 - E-mail: monatoSilva638@gmail.com 15 - Tel. (DDD): 95) 991144021

16 - Nome completo do Representante Legal (PAI, FILHO E CONJUGADO) PARA O VÍCIO DE EXERCÍCIO MENOR ENTRE 14 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo da Representante Legal (Mãe)

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

Declaro, para todos os fins de direito, resgatar an anexo e/ou informo, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULO DA CONTA:

☒ RECUSO EM PAGAR ☐ R\$ 1.000,00 A R\$ 1.999,99 ☐ R\$ 2.000,00 A R\$ 2.999,99
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 3.000,00 A R\$ 3.999,99 ☐ ACIMA DE R\$ 4.000,00

21 - Tipo de Conta: ☒ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO)

☒ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO)

☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO) ☐ CONTA CORRENTE (BANCO)

AGÊNCIA: 3021 CONTA: 000.543.19 AGÊNCIA: CONTA:

Informação do segurado: Informo o segurado: Informo o segurado: Informo o segurado:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, em nome do titular da conta, reconhecendo a dívida, desde lá e somando após a efetivação do crédito, o valor 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 não há impedimento para a apresentação do laudo do IML (Médico Legal IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há fato que impeça a realização do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica anexa para a apresentação do laudo do IML, concordando, assim, com a submissão à análise médica presencial, caso necessário, às ordens da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões pessoais. Os documentos de acidente de trânsito causados por veículo estacionado, conforme disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concessão ou não de uma avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITO BENEFICÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima é casada com o segurado: ☐ Sim ☐ Não 24 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

25 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 26 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

27 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 28 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

29 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 30 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

31 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 32 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

33 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 34 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

35 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 36 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

37 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 38 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

39 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 40 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

41 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 42 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

43 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 44 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

45 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 46 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

47 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 48 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

49 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 50 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

51 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 52 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

53 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 54 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

55 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 56 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

57 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 58 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

59 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 60 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

61 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo: 62 - Se a vítima é casada com o segurado, informar o nome completo:

40 - Local e Data: BOA VISTA 15/10/19

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

42 - Assinatura da vítima ou do seu representante legal (se for o caso): Monato Silva

43 - Assinatura do Promotor de Justiça:

44 - Assinatura do Promotor de Justiça:

45 - Assinatura do Promotor de Justiça:

46 - Assinatura do Promotor de Justiça:

47 - Assinatura do Promotor de Justiça:

48 - Assinatura do Promotor de Justiça:

49 - Assinatura do Promotor de Justiça:

50 - Assinatura do Promotor de Justiça:

51 - Assinatura do Promotor de Justiça:

52 - Assinatura do Promotor de Justiça:

53 - Assinatura do Promotor de Justiça:

54 - Assinatura do Promotor de Justiça:

55 - Assinatura do Promotor de Justiça:

56 - Assinatura do Promotor de Justiça:

57 - Assinatura do Promotor de Justiça:

58 - Assinatura do Promotor de Justiça:

59 - Assinatura do Promotor de Justiça:

60 - Assinatura do Promotor de Justiça:

61 - Assinatura do Promotor de Justiça:

62 - Assinatura do Promotor de Justiça:

63 - Assinatura do Promotor de Justiça:

64 - Assinatura do Promotor de Justiça:

65 - Assinatura do Promotor de Justiça:

66 - Assinatura do Promotor de Justiça:

67 - Assinatura do Promotor de Justiça:

68 - Assinatura do Promotor de Justiça:

69 - Assinatura do Promotor de Justiça:

70 - Assinatura do Promotor de Justiça:

71 - Assinatura do Promotor de Justiça:

72 - Assinatura do Promotor de Justiça:

73 - Assinatura do Promotor de Justiça:

74 - Assinatura do Promotor de Justiça:

75 - Assinatura do Promotor de Justiça:

76 - Assinatura do Promotor de Justiça:

77 - Assinatura do Promotor de Justiça:

78 - Assinatura do Promotor de Justiça:

79 - Assinatura do Promotor de Justiça:

80 - Assinatura do Promotor de Justiça:

81 - Assinatura do Promotor de Justiça:

82 - Assinatura do Promotor de Justiça:

83 - Assinatura do Promotor de Justiça:

84 - Assinatura do Promotor de Justiça:

85 - Assinatura do Promotor de Justiça:

86 - Assinatura do Promotor de Justiça:

87 - Assinatura do Promotor de Justiça:

88 - Assinatura do Promotor de Justiça:

89 - Assinatura do Promotor de Justiça:

90 - Assinatura do Promotor de Justiça:

91 - Assinatura do Promotor de Justiça:

92 - Assinatura do Promotor de Justiça:

93 - Assinatura do Promotor de Justiça:

94 - Assinatura do Promotor de Justiça:

95 - Assinatura do Promotor de Justiça:

96 - Assinatura do Promotor de Justiça:

97 - Assinatura do Promotor de Justiça:

98 - Assinatura do Promotor de Justiça:

99 - Assinatura do Promotor de Justiça:

100 - Assinatura do Promotor de Justiça:

101 - Assinatura do Promotor de Justiça:

102 - Assinatura do Promotor de Justiça:

103 - Assinatura do Promotor de Justiça:

104 - Assinatura do Promotor de Justiça:

105 - Assinatura do Promotor de Justiça:

106 - Assinatura do Promotor de Justiça:

107 - Assinatura do Promotor de Justiça:

108 - Assinatura do Promotor de Justiça:

109 - Assinatura do Promotor de Justiça:

110 - Assinatura do Promotor de Justiça:

111 - Assinatura do Promotor de Justiça:

112 - Assinatura do Promotor de Justiça:

113 - Assinatura do Promotor de Justiça:

114 - Assinatura do Promotor de Justiça:

115 - Assinatura do Promotor de Justiça:

116 - Assinatura do Promotor de Justiça:

117 - Assinatura do Promotor de Justiça:

118 - Assinatura do Promotor de Justiça:

119 - Assinatura do Promotor de Justiça:

120 - Assinatura do Promotor de Justiça:

121 - Assinatura do Promotor de Justiça:

122 - Assinatura do Promotor de Justiça:

123 - Assinatura do Promotor de Justiça:

124 - Assinatura do Promotor de Justiça:

125 - Assinatura do Promotor de Justiça:

126 - Assinatura do Promotor de Justiça:

127 - Assinatura do Promotor de Justiça:

128 - Assinatura do Promotor de Justiça:

129 - Assinatura do Promotor de Justiça:

130 - Assinatura do Promotor de Justiça:

131 - Assinatura do Promotor de Justiça:

132 - Assinatura do Promotor de Justiça:

133 - Assinatura do Promotor de Justiça:

134 - Assinatura do Promotor de Justiça:

135 - Assinatura do Promotor de Justiça:

136 - Assinatura do Promotor de Justiça:

137 - Assinatura do Promotor de Justiça:

138 - Assinatura do Promotor de Justiça:

139 - Assinatura do Promotor de Justiça:

140 - Assinatura do Promotor de Justiça:

141 - Assinatura do Promotor de Justiça:

142 - Assinatura do Promotor de Justiça:

143 - Assinatura do Promotor de Justiça:

144 - Assinatura do Promotor de Justiça:

145 - Assinatura do Promotor de Justiça:

146 - Assinatura do Promotor de Justiça:

147 - Assinatura do Promotor de Justiça:

148 - Assinatura do Promotor de Justiça:

149 - Assinatura do Promotor de Justiça:

150 - Assinatura do Promotor de Justiça:

151 - Assinatura do Promotor de Justiça:

152 - Assinatura do Promotor de Justiça:

153 - Assinatura do Promotor de Justiça:

154 - Assinatura do Promotor de Justiça:

155 - Assinatura do Promotor de Justiça:

156 - Assinatura do Promotor de Justiça:

157 - Assinatura do Promotor de Justiça:

158 - Assinatura do Promotor de Justiça:

159 - Assinatura do Promotor de Justiça:

160 - Assinatura do Promotor de Justiça:

161 - Assinatura do Promotor de Justiça:

162 - Assinatura do Promotor de Justiça:

163 - Assinatura do Promotor de Justiça:

164 - Assinatura do Promotor de Justiça:

165 - Assinatura do Promotor de Justiça:

166 - Assinatura do Promotor de Justiça:

167 - Assinatura do Promotor de Justiça:

168 - Assinatura do Promotor de Justiça:

169 - Assinatura do Promotor de Justiça:

170 - Assinatura do Promotor de Justiça:

171 - Assinatura do Promotor de Justiça:

172 - Assinatura do Promotor de Justiça:

173 - Assinatura do Promotor de Justiça:

174 - Assinatura do Promotor de Justiça:

175 - Assinatura do Promotor de Justiça:

176 - Assinatura do Promotor de Justiça:

177 - Assinatura do Promotor de Justiça:

178 - Assinatura do Promotor de Justiça:

179 - Assinatura do Promotor de Justiça:

180 - Assinatura do Promotor de Justiça:

181 - Assinatura do Promotor de Justiça:

182 - Assinatura do Promotor de Justiça:

183 - Assinatura do Promotor de Justiça:

184 - Assinatura do Promotor de Justiça:

185 - Assinatura do Promotor de Justiça:

186 - Assinatura do Promotor de Justiça:

187 - Assinatura do Promotor de Justiça:

188 - Assinatura do Promotor de Justiça:

189 - Assinatura do Promotor de Justiça:

190 - Assinatura do Promotor de Justiça:

191 - Assinatura do Promotor de Justiça:

192 - Assinatura do Promotor de Justiça:

193 - Assinatura do Promotor de Justiça:

194 - Assinatura do Promotor de Justiça:

195 - Assinatura do Promotor de Justiça:

196 - Assinatura do Promotor de Justiça:

197 - Assinatura do Promotor de Justiça:

198 - Assinatura do Promotor de Justiça:

Escolha (x) (tipo) de cobertura:



DAMN (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do título do AS:

3 - CPF do titular:

944.205.804-00

4 - Nome completo do titular:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E MENSAL DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (CÓPIA DO TITULO DO AS/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 404/2012

5 - Nome completo:

JOSE GARCIA ALVES SOUZA

6 - CPF:

944.205.804-00

7 - Endereço:

RODOLFO

8 - Cidade:

AV. IACIM 888-18-A-403

9 - Estado:

RR

10 - CEP:

69.312-529

11 - Bairro:

Cidade Satellite

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-529

15 - e-mail:

monato Silva 638 @ gmail.com

16 - Telefone:

95299144021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL: PAIS, TITULO E CURADOR (CASO VITULO/REPRESENTANTE MENOR ENTRE 0 A 18 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, mediante comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO EM FORMAR



SEM RENDA



Até R\$1.000,00



R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00

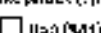


ACIMA DE R\$5.000,00

21 - CONTA DOU PARÇA (Salvo para pessoas físicas de acordo com a Lei nº 9.296/2012)



Rendecor (232)



Itaú (341)



Banco do Brasil (001)



Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 3021

CONTA: 000.543.19

2

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor do indenizatório/mensalidade do Seguro DPVAT e que eu liberei crédito, resguardando e dando, desde já a ciência após a efetivação do crédito, qualquer 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 não há impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (art. 154/76), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT;
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não se encontra 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, considerando, desde já, que eu assumo a responsabilidade médica presente, caso necessário, as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e extensão das lesões e a indenização decorrente da ocorrência de acidente causado por veículo automotor, com que o doador me foi 5.154.714.

Declaro que esta autorização não é a única prevista em lei e não exclui a futura avaliação médica ou renúncia a direito de contestar a avaliação médica, caso discordo da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÔNUS BENEFICÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE ANTESE

23 - Grau de parentesco com o titular: 24 - Vítima casou com o titular: ☐ Sim ☒ Não 25 - Se a vítima deixou algum herdeiro, informar o nome completo:

26 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☒ Não 27 - Se tinha filhos, informar Vítima: 28 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vítima: 30 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha filhos, informar Vítima: 33 - Vítima teve filhos: ☐ Sim ☒ Não

Declaro que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte líquida e definitiva caso se apresentarem e comprovarem esta condição, estando certa, única, e não qualquer omissão ou omissão não será admissível para a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34 - Assinatura do titular: 35 - Nome legível de quem assina a petição (a ração): 36 - CPF legível de quem assina a petição (a ração): 37 - Assinatura de quem assina a petição (a ração):

38 - 39 - Nome: 39 - CPF: 40 - Assinatura da testemunha: 41 - 42 - Nome: 42 - CPF: 43 - Assinatura da testemunha: 44 - Assinatura da testemunha:

45 - Local e Data: BOA VISTA 15/10/19

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

46 - Assinatura do titular/beneficiário (duplamente)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PP3.D01 V002/2019



ESTADO DE RORAIMA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR



Nº DE AVISO: 3690-19
Nº DE VÍTIMAS: 01
OCORRÊNCIA: T-04
DATA: 03-08-19

OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR-01-18	26.484	26.509
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
12:23	12:39	12:44	12:55	13:27		

1. DADOS DA OCORRÊNCIA

CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:

ENDEREÇO: Rua Dom José Nepore Nº s/n BAIRRO: Cidade Sarelite
CIDADE: Boa Vista PONTO DE REFERÊNCIA: Prox. Av. Dom Aparecido
LOCAL DA OCORRÊNCIA: ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: José Garcia Alves de Sousa RG/CPF: 356322-7
D.N.: 19-01-67 IDADE: 53 SEXO: ☒ Masculino ☐ Feminino PNS: ☐ Sim ☒ Não
ENDEREÇO: Av. Jordem, Bloco 18 Cond. Apco Nº 403 BAIRRO: Cidade Sarelite
CIDADE: Boa Vista NACIONALIDADE: ☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro: TEL.: 99112-1803
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:

Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual
☐ Outro:

Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não
Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual
☐ Travesti ☐ Outro:

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.
☐ O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:	RG Nº	SSP/
Testemunha:	RG Nº:	SSP/
Testemunha:	RG Nº:	SSP/

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado. ☐ 3. Irritabilidade persistente. ☐ 2. Agitação. ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros. ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso. ☐ 4. Sente dor, mas não retira. ☐ 3. Flexão a dor (Decorticação). ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). ☐ 1. Nenhuma	— Pontos

SINAIS VITAIS

A: 160/70 FR: — FC: 93 SpO2: — Temperatura: —

6. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

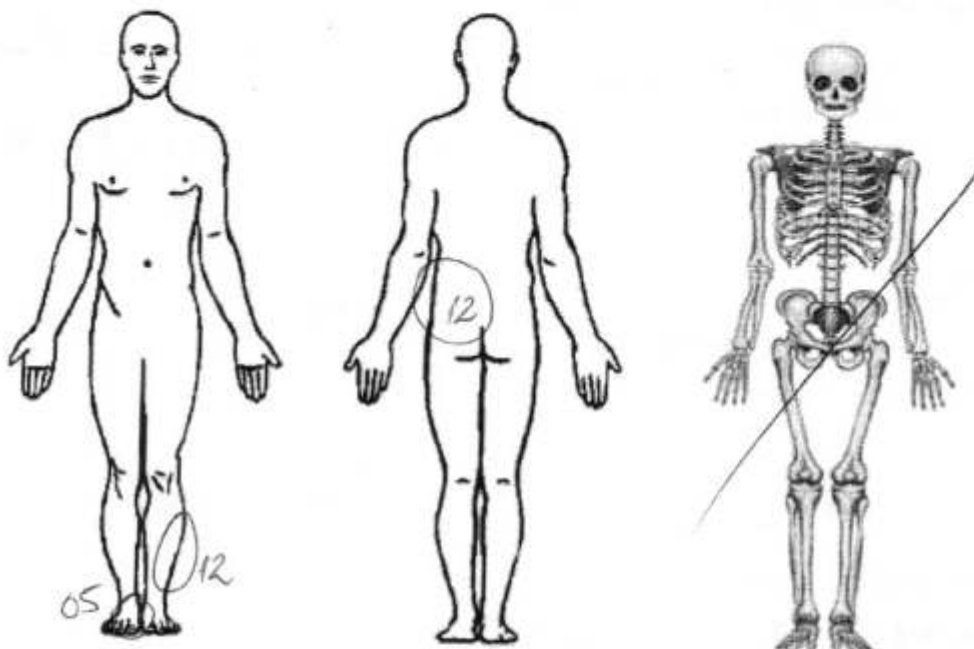
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):
PARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima atropelada ☐ Capotamento

9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:



Legenda:

- 01- Fratura
- 02- Luxação
- 03- Entorse
- 04- Ferimento incisivo
- 05- Ferimento Lacerante
- 06- Ferimento Corto-contuso
- 07- Ferimento perfurante
- 08- Ferimento penetrante
- 09- Amputação
- 10- Avulsão
- 11- Contusão
- 12- Escoriações
- 13- Queimaduras

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Paciente motociclista, encontrava-se ao solo, sentado, já sem o capacete, o mesmo informou ter retirado, nos unidades de populares e esposa. Queixava-se somente de dores na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar possível fratura, somente ferimento em tecido mole. Guise a conduzi-mos até o PS para melhor avaliação. O mesmo informou ter ingerido bebida alcoólica pela manhã. A sua esposa veio como acompanhante na VTR.

11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

☐ Carteira de identidade ☐ Cartão magnético ____ Und ☐ Capacete ☐ Outros: _____
☐ CNH ☐ Cheque ____ Fls ☐ Calçado _____
☐ CPF ☐ Dinheiro R\$ ____ ☐ Óculos _____
☐ Título de eleitor ☐ Jóias ☐ Relógio _____

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Ailton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe: _____ Socorrista(s): _____ Condutor da VTR _____ Resp. pelo preenchimento _____

ST Tavares Sd Cardoso Sd Vilanova Sd Cardoso

15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM, COREN):



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000054319-2

Nr. da Autenticação E3704A2A9C63E22B

Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal 003227308

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉIS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	403	314,55

ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA
AV JARDIM 687 B18 A403-ARACA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM

CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 217	CONSUMO 403 A R\$ 0,764602 = 308,13
MAI/19 366	ILUMINACAO PUBLICA 6,42
ABR/19 436	
MAR/19 410	
FEV/19 337	
JAN/19 331	
DEZ/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800/019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 18 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.8BC6.D8B2.7ED1.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,10	Base de Cálculo: 0,00
Energia: 167,87	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 52,38
Encargos: 8,72	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 52,38	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

05/2019

120,08

ROT: 32.001.24.20.550200



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003227308

FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 4 68280719008 2





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

Nº da Nota Fiscal 003227308

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMÉSES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	403	314,55

ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA
AV JARDIM 687 B18 A403-ARACA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM

CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 217	CONSUMO 403 A R\$ 0,764602 = 308,13
MAI/19 366	ILUMINACAO PUBLICA 6,42
ABR/19 436	
MAR/19 410	
FEV/19 337	
JAN/19 331	
DEZ/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800/019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 18 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.8BC6.D8B2.7ED1.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,10	Base de Cálculo: 0,00
Energia: 167,87	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 52,38
Encargos: 8,72	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 52,38	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

05/2019

120,08

ROT: 32.001.24.20.550200



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CODIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Nº da Nota Fiscal

003227308

FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 4 68280719008 2





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

CONTA DE ÁGUA

ATENDIMENTO

0800 280 9520

MÊS/ANO: 07/2019

VENCIMENTO: 15/08/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15437802
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
06/06/2019	04/07/2019	28	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
06/2019	0	05/2019	0	04/2019	0
03/2019	0	02/2019	0	01/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 05/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	07/2019	17	43,74	05.1970

82600000000-8 43740004001-4 00099358101-6 07201930003-6



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscri
(a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítim
JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 conform
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Outubro de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Outubro de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima JOSÉ GARCIA ALVES SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.205.801 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusou Renda: Recusou 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		Número	Complemento
Rua: 05		121	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Cidade Satélite	Boa Vista	RR	69.317-471
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
nonatosilva638@gmail.com			(95) 99114-4021

Boa Vista, RR de Outubro de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante