Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 268665182020041310165 8

Processo 0808900-92.2020.8.23.0010 - (25 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apensamentos (0) | Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência
Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12 500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
12	13/04/2020 10:16:58	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO** Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
12.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2709874CONTESTACAO01.pdf — Público	
12.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — 2709874CONTESTACAOAnexo02.pdf — Público	
12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO — KITSEGURADORALIDER.pdf — Público	
11	24/03/2020 11:35:01	**LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA** (Pelo advogado/curador/defensor de MANOEL DE SOUZA representado(a) por JOSELENE DA SILVA) em 04/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (19/03/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	Wallyson Barbosa Moura **Advogado**
10	24/03/2020 10:35:16	**LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA** Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 04/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
9	24/03/2020 09:24:24	**EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE** Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA **Técnica Judiciária**
8	24/03/2020 09:22:58	**EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO** Para advogados/curador/defensor de MANOEL DE SOUZA representado(a) por JOSELENE DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (19/03/2020)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA **Técnica Judiciária**
7	24/03/2020 09:21:52	**HABILITAÇÃO PROVISÓRIA** Perito Oficial: VITOR PARACAT SANTIAGO habilitado até 02/07/2020 (100 dias)	KAROLINE BARBOSA DE OLIVEIRA **Técnica Judiciária**
6	19/03/2020 15:53:53	**CONCEDIDO O PEDIDO**	PHILLIP BARBIEUX SAMPAIO **Magistrado**
5	18/03/2020 16:03:38	**CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL**	SISTEMA CNJ
4	18/03/2020 16:03:38	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
3	18/03/2020 16:03:38	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	18/03/2020 16:03:38	**DISTRIBUÍDO POR SORTEIO** 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
1	18/03/2020 16:03:37	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL**	Wallyson Barbosa Moura **Advogado**

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08089009220208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **MANOEL DE SOUZA** representado por **JOSELENE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **15/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **14/11/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[3].

---

[1][1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

[2][1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

[3]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661797 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL DE SOUZA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
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 DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **15/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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: 11/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JOSELENE DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00653
CONTA: 000000117564-8

Nr. da Autenticação 24A3874859800281

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[5].

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e
>
> Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

[4]RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[5]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[6.]

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[7]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar.

---

[6]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[7]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **DR. SIVIRINO PAULI,** inscrito na **OAB/RR 451-A**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 24 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MANOEL DE SOUZA**, em curso perante **a 6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08089009220208230010.

Rio de Janeiro, 24 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 915.069.992-04
4 - Nome completo da vítima: Manoel de Souza

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Manoel de Souza
6 - CPF: 915.069.992-04
7 - Profissão: Serviços Gerais
8 - Endereço: Av. General Ataide Teixe
9 - Número: 8347
10 - Complemento:
11 - Bairro: Aurora
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.317-182
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99333-3855

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: Joselene da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 446.798.582-49
19 - Profissão do Representante Legal: Autonoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00117564 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR, 19/11/19

Joselene da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Manoel de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040115/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 11:02 Data/Hora Fim: 14/11/2019 11:38

Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/07/2019 18:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE,
Complemento: EM FRENTE A CASA DA VÍTIMA

Bairro: Alvorada
Nº: 8347

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILLIAM GONÇALVES FRANCO (COMUNICANTE , PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Santa Inês Sexo: Masculino
Profissão: Agente de Serviços
Nome da Mãe: Maria do Rosário Gonçalves Franco

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA CC18
Nº: 295
Bairro: LAURA MOREIRA
Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nome Civil: MANOEL DE SOUZA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 14/03/1954
Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. ATAIDE TEIVE
Nº: 8347

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, A VÍTIMA AO SAIR DE SUA CASA PARA ATRAVESSAR A VIA, FOI ATROPELADO POR UMA MOTO BIS, QUE ERA CONDUZIDA POR UMA MULHER, ÚNICA INFORMAÇÃO QUE POSSUI, QUE A MESMA APÓS ATROPELAR A VÍTIMA, SE EVADIU DO LOCAL SEM QUE NÍNGUEM CONSEGUISSE ANOTAR A PLACA DA MOTOCICLETA. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO A TÍBIA E A FÍBULA DA PERNA ESQUERDA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040115/2019

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

William Gonçalves Franco
(Comunicante / Procurador)

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

DAT
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro na ASL: | 3 - CPF da vítima: 915.069.992-04 | 4 - Nome completo da vítima: Manoel de Souza

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Manoel de Souza | 6 - CPF: 915.069.992-04

7 - Profissão: Serviços Gerais | 8 - Endereço: Av. General Ataide Teixeira | 9 - Número: 8347 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: Aeroporto | 12 - Cidade: Boa Vista | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69.317-992

15 - E-mail: | 16 - Tel. (DDD): 99999-3855

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: Josélia da Silva

18 - CPF do Representante Legal: 146.798.582-49 | 19 - Profissão do Representante Legal: Autônoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.000 A R$1.000,00 ☐ R$2.500,00 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 ☐ REPRESENTANTE LEGAL (INDICAÇÃO DO CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para estes bancos na Poupança na opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0653 (Informar o dígito verificador) CONTA: 00117564 8 (Informar o dígito verificador) AGÊNCIA: (Informar o dígito verificador) CONTA: (Informar o dígito verificador)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, não existir, na localidade onde ocorreu o acidente ou onde moro, Instituto Médico Legal (IML) capaz de realizar perícias compatíveis com a natureza do acidente.

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito a prosseguir com a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o futuro avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Único(s) beneficiário(s): ☐ Companheiro(a) ☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Cônjuge

24 - 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 neto(s)(as netos)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais(mãe/pai) vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, com dovido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem este condição, sendo da mim, 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão Digital do Vítima ou Beneficiário Não Alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista-RR, 17/11/19

Josélia da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Manoel de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatório)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

HPS.001 V002/2019

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: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELENE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000117564-8

Nr. da Autenticação 24A3874859800281

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0088076-0

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000981144

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2019	11-12-2019	294	264,51

JOSELENE DA SILVA
AV GEN ATHAIDE TEIVE 8347 QD 47 ALVORADA

CPF: 00044679858249
CEP: 69.317-182 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	34711
Anterior:	34417
Dias de consumo:	28
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	294
Consumo Faturado:	294

DATAS DA LEITURA

Atual:	07/11/2019
Anterior:	10-10-2019
Próxima leitura	07-12-2019
Emissão:	06-11-2019
Apresentação:	07-11-2019

N.I: 30.001.21.01.241650

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	2001850
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

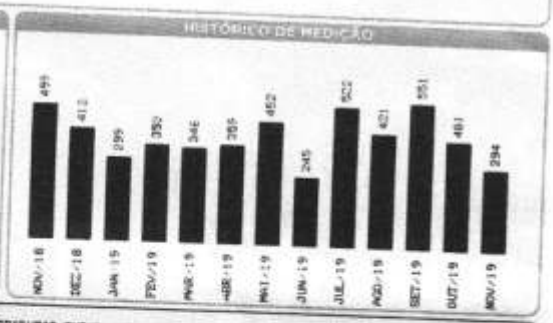
CONSUMO	294 A R$ 0,780088 =	229,34
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00		0,76
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		0,04
MULTA POR ATRASO 09/19-00		8,44
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00		0,70
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 294 - 0,630407

Média 12 meses: 405

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATE 13.12.19 P/ NAO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATE 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO -2.12% NEGATIVOS - RESOLUCAO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800819120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parabens! Ate o dia 06-11-2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:		Encargos:	
Distribuição:	124,02	Tributos:	6,72
Transmissão:	54,62		43,98
	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
229,34	ICMS:	17,00%	38,98
	PIS:	0,37865%	0,86
	COFINS:	1,88919%	4,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DEC Mensal	DEC Trimestral	DEC Anual	FEC Mensal	FEC Trimestral	FEC Anual	DMIC Mensal	DIC Mensal
Unidade	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Qualif. da Conjunto	0,00			0,00			0,00	

Período de apuração: 09/2019

FLORESTA 180,79

N.I: 30.001.21.01.241650
FONE

RORAIMA ENERGIA

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 CÓDIGO 0088076-0

TOTAL A PAGAR - R$ 264,51

MÊS FATURADO 11/2019

VENCIMENTO 11-12-2019

Nº da Nota Fiscal: 000981144

83600000002 3 64510075000 1 00000000088 5 07601119008 9

SEQ.: 00029
LEITURA: 34711
DT.VENC.: 11-12-2019

UC: 0088076-0
NORMAL
IRREG.: 000

DT.LEIT.: 07.11.2019
TOTAL: 264,51
COLETOR: 3611

T.ENTR.: 07
CARGA: 008
2G620 - RRE (NOVO)

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0088076-0

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000981144

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2019	11-12-2019	294	264,51

JOSELENE DA SILVA
AV GEN ATHAIDE TEIVE 8347 QD 47 ALVORADA

CPF: 00044679858249
CEP: 69.317-182 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	34711
Anterior:	34417
Dias de consumo:	28
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	294
Consumo Faturado:	294

DATAS DA LEITURA

Atual:	07/11/2019
Anterior:	10-10-2019
Próxima leitura	07-12-2019
Emissão:	06-11-2019
Apresentação:	07-11-2019

N.I: 30.001.21.01.241650

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	2001850
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

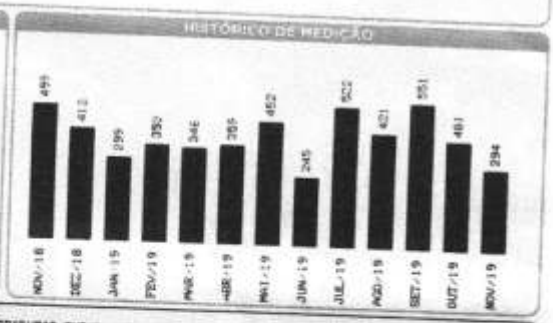
CONSUMO	294 A R$ 0,780088 =	229,34
MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00		0,76
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		0,04
MULTA POR ATRASO 09/19-00		8,44
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00		0,70
ILUMINACAO PUBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 294 - 0,630407

Média 12 meses: 405

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL. ATUALIZE SEU CADASTRO ATE 13.12.19 P/ NAO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATE 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO -2.12% NEGATIVOS - RESOLUCAO ANEEL N 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800819120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26 Parabens! Ate o dia 06-11-2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:		Encargos:	
Distribuição:	124,02	Tributos:	6,72
Transmissão:	54,62		43,98
	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
229,34	ICMS:	17,00%	38,98
	PIS:	0,37865%	0,86
	COFINS:	1,88919%	4,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DEC Mensal	DEC Trimestral	DEC Anual	FEC Mensal	FEC Trimestral	FEC Anual	DMIC Mensal	DIC Mensal
Unidade	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Qualif. da Conjunto	0,00			0,00			0,00	

Período de apuração: 09/2019

FLORESTA 180,79

N.I: 30.001.21.01.241650
FONE

RORAIMA ENERGIA

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 CÓDIGO 0088076-0

TOTAL A PAGAR - R$ 264,51

MÊS FATURADO 11/2019

VENCIMENTO 11-12-2019

Nº da Nota Fiscal: 000981144

83600000002 3 64510075000 1 00000000088 5 07601119008 9

SEQ.: 00029
LEITURA: 34711
DT.VENC.: 11-12-2019

UC: 0088076-0
NORMAL
IRREG.: 000

DT.LEIT.: 07.11.2019
TOTAL: 264,51
COLETOR: 3611

T.ENTR.: 07
CARGA: 008
2G620 - RRE (NOVO)

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0070349-4

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
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003301566

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JULHO/2019	06/08/2019	267	237,56

ELIETE ARAUJO DA SILVA
R. CC 11 294 LAURA MOREIRA
CPF: 00035469900215
CEP: 69.318-050 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.01.291200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	37543	
Anterior:	37276	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	267	
Consumo Faturado:	267	FCAN

DATAS DA LEITURA	
Atual:	23/07/2019
Anterior:	21/06/2019
Próxima Leitura:	23/08/2019
Emissão:	22/07/2019
Apresentação:	23/07/2019

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	11EDB06955	N 14 1801	1.1.1.2	233

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUN/19	147
MAI/19	212
ABR/19	239
MAR/19	182
FEV/19	170
JAN/19	294
DEZ/18	210
NOV/18	280
OUT/18	292
SET/18	229

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 267 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 267 A R$ 0,764602 =	204,14
CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00	0,04
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,88
MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00	1,56
JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,29
MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,27
JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00	1,85
ILUMINACAO PUBLICA	25,53

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
06/2019	148,63

20

LIGUE 0800701912O E FAÇA O PAGAMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO DE75.C105.6B3A.03DA.50B9.E3EB.AB69.3F13

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	52,45
Energia:	111,22
Transmissão:	0,00
Encargos:	5,77
Tributos:	34,70

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	204,14
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	34,70
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,55			13,00			1,13

DISTRITO 05/2019 69,55

ROT: 7.001.28.01.291200

RORAIMA ENERGIA

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0070349-4	237,56
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	06/08/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003301566 FCAN

83620000002 1 37560075000 0 0000000007 0 3 34940719008 2

SEQ.: 00182 UC: 0070349-4 DT.LEIT.: 23/07/2019 T.ENTR.: 04
LEITURA: 37543 NORMAL TOTAL: 237,56 CARGA: 015
DT.VENC.: 06/08/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1231

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
2ª VARA DE FAMÍLIA - PROJUDI
Centro Cívico - Fórum Adv. Sobral Pinto, 666 - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4726 - E-mail: 2familia@tjrr.jus.br

TERMO DE CURATELA DEFINITIVA

Processo: 0829279-25.2018.8.23.0010 – Substituição de Curador
Promovente: Joselene da Silva
Promovido: Manoel de Souza

COMPROMISSADO(A): JOSELENE DA SILVA

Ao(s) **doze** dias de **novembro** de dois mil e **dezoito**, conforme sentença proferida nos autos em epígrafe, que tramitam nesta Segunda Vara de Família da Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima, foi deferido ao(a) Sr(a). **Joselene da Silva**, brasileira, portador(a) do RG nº. 81459 SSP/RR, e do CPF nº. 446.798.582-49, nomeado(a) Curador(a) do(a) Sr(a). **Manoel de Souza**, portador do RG nº. 453354-2 SSP/RR e inscrito no CPF sob o nº. 915.069.992-04, para que se lhe deferisse o compromisso legal de bem e fielmente desempenhar o encargo que lhe foi conferido, o que, deferido pelo mm juiz, na forma da lei, declarando-o(a) investido(a) na curatela do(a) referido(a) senhor(a). Ficando advertido(a) de que o(a) Compromissado(a) não poderá por qualquer modo alienar ou onerar bens móveis, imóveis ou de quaisquer natureza, eventualmente pertencentes ao(à) interdito(a), sem autorização judicial. Os valores recebidos de entidade previdenciária deverão ser aplicados exclusivamente na saúde, bem estar do(a) interdito(a), sob pena do disposto no art. 553 do CPC e respectivas sanções. Aceito pelo(a) mesmo(a) o compromisso, prometeu cumprir o encargo inerente à missão que lhe foi deferida. e, para constar, eu João Swamy Miranda da Silva (Diretor de Secretaria em Substituição), lavrei o presente termo, que vai assinado pelo(a) compromissado(a) e pelo mm. juiz.

Joselene da Silva
Joselene da Silva
Compromissado(a)

Phillip Barbieux Sampaio
Juiz Substituto, respondendo pela Segunda Vara de Família
(assinado digitalmente)

JANC

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jaxelene da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 446.798.582 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Manoel de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 915.069.992 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço R. CC 11		Número 294	Complemento
Bairro Cauaxa Moreira	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.318-050
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) 99113-3855

Boa Vista, 18 de Novembro de 2019
Local e Data

William Gonçalves
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Boa Vista - HGBV
Maternidade Estadual Coronel Mota

FICHA DE ATENDIMENTO

TRANSMATOLOGIA

CNS 705807830501345

CPF 91505595264

Prontuário 08026548

Data Nascimento 14/03/1959

Idade 65 A 4 M 1 D

Nacionalidade AGUA BRANCA - AL

Naturalidade INHUMA/TRA

MANOEL DE SOUZA

Tipo Doc IGNORADO

Documento 4553541

Órgão Emissor/Data Emissão SSP/RO

Sexo M

Estado Civil SOLTEIRO(A)/PARDA

Pai NI

Cor/Etnia

Telefone (95) 99136-5538

Ocupação NÃO INFORMADA

Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS DE SOUZA

Endereço AVENIDA GENERAL ATAIDE TEIVE - 0347 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

Nº de Cartão

Validade

Autorização

Senha

Guia

Proc

Pressão

Tipo de Atendimento

Procedência

Tipo de Atendimento SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Classificação de Risco

Registrado por FLICNE

Motivo da Ocorrência ACIDENTE DE MOTO

Capital de Atendimento URGÊNCIA

Procedimento SUS

Tipo de Chegada SAMU CAPITAL

Sintoma: Febre [ ] Sintomático Respiratório [ ] Suspeito de Dengue

Sintoma: Tosse

Sintoma: Dor

Sintoma: Diarreia

Sintoma: Vômito

Sintoma: Sangramento

Sintoma: Outros

Queixa Principal TRAUMA

Anamnese

Assinatura do Enfermeiro

Anamnese: TRAUMA CRÂNIO E FACE

Pte trazido pelo SAMU em prancha rígida
c/ colar cervical. Pte de atropelamento
por moto. Apresenta sinais de enfragmento
de face. Pte consciente orientado

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Fx de tíbia e fíbula B.C.

SADT Exames Complementares

[ ] RAIO X [ ] TC [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] HCG [ ] TOXICO

APLICAMENTO

OBSERVAÇÃO

PRESCRIÇÃO

1 Dipirona 2g IV
2 Tramadol 100mg IV

Pte trazido pelo SAMU

Pte aguarda ortopedia
Sutura de face em curso

Conduta

[ ] Alta a Pedido
[ ] Alta a Evadir
[ ] Transferência Interna

[ ] Ambulatorial
[ ] Observação (Nº 24 h)
[ ] Internação

Data e Hora da Saída

[ ] Alta Clínica Hospitalar

Óbito

Necrópsia? [ ] Sim [ ] Não Destino: [ ] Família

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Data e Hora da Saída

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA

FICHA DE ANESTESIA

EDINO ALVARO A. SOARES
anestesiologista CRM 8411/RO
RQE 197

HGR

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

Nome: Manoel de Souza

Data de Nasc: 14 / 03 / 1954 Idade: 65 Setor/Leito: ____ Data: 15 / 04 / 2019

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: fratura exposta de tíbia e fíbula

Informações:
Jejum (X) Sim ( ) Não
Prótese ( ) Sim (X) Não
Exames (X) Sim ( ) Não
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não
Lateralidade (X) Sim ( ) Não
FNE ( ) Sim (X) Não
Alergia ( ) Sim (X) Não
Qual: ____

Reserva de Hemoderivado:
( ) Sim (X) Não
Outros: ____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
( ) Consciente
( ) Com Suporte de O2
( ) TOT
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T ____ °C
R ____ rpm
FC 64 bpm
PA ____ mmHg
SAT 98 %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Admitido paciente na SRPA em pós operatório para Tratamento de fratura exposta de tíbia. Pré alcoolizado de difícil comunicação

MD

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
22:20	22:35	22:45	23:43	22:40

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
T.T. Cirúrgico de fratura exposta de tíbia/E	Raqui.	Dorsal

Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 2000	Nome: Metronidazol	CH: —
SG 5%: —	Dose: 25	Plasma: —
Outros: —	Hora:	Plaquetas: —

N° de Compressas oferecidas: 15
N° de Compressas recolhidas: 15

Exames HR SO2:
( ) Hl ( ) HB ( ) Sangrame ( ) RX
( ) Gasometria ( ) Outros:

Anátomo Patológico: (X) Não ( ) Sim
N° Peças: ____
( ) Cultura
( ) Outros: ____

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Gurrote
11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° ____
12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° ____
13. Outros: ____

Sinais Vitais: Saída da SO
T ____ °C R ____ rpm
PA 83 x 58 mmHg SAT 97% %
FC 103 bpm
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) Outros: ____

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Raqui	Trat. cirúrgico fratura exposta

Localização Tíbia / Fíbula (E)

1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros:

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR D/A
15'		93	69/45	100 %	06	0
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2 h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída			
Hora	Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros
	1000 ml							

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Admitido paciente na SRPA em PO 4 tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia / fíbula esquerda sob efeito anestésico (raquianestesia), no momento desorientado.

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

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

[illegible] VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA | *ANTES DA INCISÃO* | *ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO*

Cir. manoel de Souza
Anestesiologista Dr. [illegible]

[illegible]

[illegible]
[illegible] Sim ( ) Não

[illegible]
[illegible] Não se aplica

[illegible]
[illegible] ( ) Não se aplica

[illegible] SEGURANÇA ANESTÉSICA [illegible]

[illegible] PACIENTE [illegible]

[illegible]
[illegible] ( ) Sim, Cont.

[illegible] RISCO DE ALTERAÇÃO [illegible]

[illegible] Anestesiologista [illegible] disponível

[illegible] PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
( ) Não
[illegible] apropriado e acordado pela equipe [illegible]
[illegible]

[illegible] Hora: [illegible]

Anestesista: Dr. Bruno R. Bruno

[illegible]

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO (✓) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE:
(✓) Identificação do paciente
(✓) Sítio cirúrgico
(✓) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVERTIVOS:
( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Alguma preocupação específica em relação ao paciente

(✓) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão disponíveis e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado de indicador)? Há questões relativas a equipamentos específicos pendentes?
Caixa de instrumental (c/ entregador físico)

A TOMOGRAFIA ANTERIOR JÁ FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
( ) Não se aplica
(✓) Sim,
Qual: cefalgia Hora: 22:30h

AS IMAGENS ESPECIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
(✓) Sim
( ) Não se aplica

[illegible]

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

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

2- AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAL CIRÚRGICO, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(✓) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMOPATOLOGICA ESTÁ ROTULADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não (✓) Não se aplica

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

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
(✓) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Assinatura e Carimbo

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA.				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA TIBIA (E).				
ALERGIAS	NEGA.	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	16/07/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H Feito em 30 min	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H Sofrinho.	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV – CGGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	CEFTAZIDIMA Lg IV 8/8H	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO (CONTROLADO COM INSULINA REGULAR (RC) CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI 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: BRA ACIANÓTICO, ANICÉRICO, ASPIRAL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: NA # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

ROSIMARA
CRM 10471

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	10/65	80	20	
18 H	10/62	86	—	35,4
24 H	11/7	89	20	36,4
06 H	12/7	85	20	35,9

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Francisca Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 451.843

404-1

HOSPITAL GERAL DE PORAIMA
[illegible]
[illegible]
[illegible]

DATA DE ADMISSÃO [illegible] DR [illegible]

PACIENTE: [illegible] DE SOUZA

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO

ALERGIAS: [illegible]

IDADE: 05 | SEXO: [illegible] | DATA: [illegible]

PRESCRIÇÃO

1. DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N
2. AVP
3. CEFAZOLINA 1G EV S/N
4. HLASCOPO EV S/N S/N
5. DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N
6. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV [illegible] LUSA
7. CAPTOPRIL 25 [illegible] SL PAS > 150 E/OU PAD > [illegible]
8. SIMFERONA 1 GOTA 10 GOTAS V.O 8/8 HRS [illegible]
9. [illegible] EV [illegible]
10. CURATIVO DIÁRIO
11. SRVV + [illegible] 6/6 H
12. CINDAMINA 50MG EV S/N
13.
14.
15.
16.

[illegible] ESQUERDA [illegible] (OC), [illegible] USP [illegible] IV - AVISAR PLANTONISTA

SND
Monteiro
14 22.06

SN

M Rosinha
12 18 24 06

EVOLUÇÃO MÉDICA:

MOTIVO: FACIES DE DEITADO NO LEITO, ATIVO, ORIENTADO, COMUNICATIVO, ACORDADO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, [illegible], ACORÁDO, ANICÉRICO, ANICTÉRICO, ASLSBR, PUPILAS [illegible], NORMOCÁRDICO, HIDRATADO.
DIVISÃO DIÁ: [illegible] SEM [illegible]
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

SR	PA	FC	FR	T
12:11	100/63	73	12	36,8
18:11	121/68	80	20/12	36,0
24:11	120/81	92		36,5°C

06:00 36° 81 [illegible]

Dr. Marcus [illegible]
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1605

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo:	Versão/08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: [illegible]
	Paciente: Manoel de Souza			
	Leito: 404-4		Data: 17/07/19	

Localização	Região: M. E. Grau: I ( ) II (X)	Região: Cabeça Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: ___Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outras	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outras
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Ouido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Ouido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(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 (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RS 203 [illegible]	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RS 203 [illegible]
Observações		

Colocar posição ...	
Proporcionar ambiente tranquilo, ...	
Manter ...	12 18 00 06
Administrar medicações ...	
Estimular ... deambulação	
Manter ...	
Verificar ...	
Observar ...	
Colocar ...	
Observar ...	
Observar ...	
Observar ...	
Observar ...	
Observar ...	
Manter ...	
Observar ...	
Observar ...	
Prevenção de Lesão por Pressão	
Trocar ...	
Observar ...	
Observar ...	
Prevenção de Quedas	
Manter ...	
Identificar ...	
Realizar ...	
Orientar ...	
Administrar ...	
Necessidade ...	
Manter ... horas	
Colocar ...	
Manter ...	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – ENFERMEIRO
PERÍODO MATUTINO
ASS:
PERÍODO VESPERTINO
Sem intercorrências. Não o momento. Alguns ...
ASS:
PERÍODO NOTURNO
ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM – TÉCNICO DE ENFERMAGEM
PERÍODO MATUTINO
07:00 as 13:00 Acompanhou com ... Administrado ...
ASS:
PERÍODO VESPERTINO
13:00 às 19:00 Paciente ... Administrado ...
ASS:
PERÍODO NOTURNO
Administrado medicações ... Realizado ...
ASS:

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 02/2013
	Paciente: Manoel de Souza			
	Leito: 4014	Data: 18 / 07 / 14		

Localização	Região: M.I.E. Grau: I (X) II (X)	Região: Cabeça Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?? ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração (X) Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros ___	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor (X) Outro: Calcificada	(X) Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguinso ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) 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%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: Cavilon + AGE	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: AGE
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-DF 140 705 / Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-DF 397 75	Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-DF 397 75 / Maria de Fátima N. Viana Aux. de Enfermagem COREN-DF 140 705
Observações:		

404-1

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	19/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	AVP	[illegible]
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	[illegible]
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	SNO
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SNO
6	TRAMAL 100MG + SFC,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	[illegible]
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SNO
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SNO
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	SNO
10	CURATIVO DIÁRIO	[illegible]
11	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	[illegible]
13		
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	120/90	FC 88	FR 14	36°C
12 H	120/80	78	—	35,1°
18 H	120 x 90	90	14	36°C
24 H	105 x 90	80	14	36°C

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS CIRÚRGICOS

[illegible]	[illegible]
☒ [illegible] presença de acompanhante	
☒ [illegible]	
☒ Avaliar [illegible]	22 16 2_ 08
☒ Administrar medicações prescritas	
☐ Estimular [illegible] movimentação	
☐ Manter cabeceira elevada	
☐ Verificar aplicação de [illegible]	
☐ Observar e anotar características da dor	
☐ Aplicar compressa ( ) fria ( ) morna	
☐ Cuidados [illegible]	
☐ Observar e anotar [illegible] de consciência	
☐ Verificar temperatura axilar	
☐ Observar e anotar padrão respiratório	
☐ Observar área de [illegible]	
☐ Manter cabeceira elevada a ___ graus.	
☐ Verificar e registrar [illegible] ___	
☐ Observar [illegible] e aspecto da diurese	
☐	
Prevenção de Lesão por Pressão	
☐ [illegible] de decúbito de ___em___h	
☐ Observar [illegible] da pele	
☐ Uso de [illegible]	
☐	
☐	
Prevenção de Quedas	
☒ [illegible] de cama	
☒ Identificar o risco de queda na placa de identificação	
☐ [illegible]	
☒ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
☒ [illegible]	
☐ Necessidade de contenção no leito	
☐ Manter vigilância de ___/___ horas.	
☐ [illegible]	
☒ [illegible] de uso pessoal ao alcance da mão	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Segue em [illegible] e cuidados da equipe de enfermagem. Aguardando procedimento cirúrgico.

ASS:

PERÍODO NOTURNO

[illegible]

Enfermeira
COREN [illegible]

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

Administrado medicação [illegible]

Samara Sousa
Téc. Enfermagem
COREN [illegible]

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Realizados cuidados de enfermagem. Sem medicação [illegible] cpm.

[illegible] Maria da Silva
[illegible]

ASS:

PERÍODO NOTURNO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2015
	Paciente: MANOEL DE SOUZA			
	Leito: 404-1		Data: 08 / 07 / 20	

Localização	Região: MIE	Região: CABEÇA
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	Grau: I (X) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Peri-ferida	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) 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%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rosangela Maria Dos Santos Téc. Enfermagem COREN-RR 620 703 / Bruna S. Pereira Técnica de Enfermagem COREN-RR 5-6355	Rosangela Maria Dos Santos Téc. Enfermagem COREN-RR 620 703 / Bruna S. Pereira Técnica de Enfermagem COREN-RR 5-6355
Observações:		

SERVIÇO SOCIAL

404-1

Paciente: Manoel de Souza Idade: 65 anos

Acompanhante: Renata (sobrinha) Contato: 99163-9686

Endereço: Av. Maria Teve, 8347, Alvorada

Possui Documentos: (X) Sim ( ) Não

(X) BPC ( ) Aposentadoria ( ) Auxílio Doença ( ) Outros

Recebeu visita ao leito e orientações: (X) Sim ( ) Não

Observações Importantes:

Paciente idoso dividamente acompanhado pela família. Pós acolhimento e a devida orientação sobre normas e rotinas do hospital.

Cassia Aparecida Burgos
Assistente Social
CRESS 10613 Reg.

Data: 18/04/19

[illegible]

12 18 24 06

- [illegible] uso de acompanhante
- Propiciar ambiente tranquilo [illegible]
- [illegible] atividades
- Administrar medicações prescritas
- [illegible] atividades [illegible] deambulação
- [illegible] 6/6h
- [illegible] diurese e evac.
- [illegible]
- [illegible]
- Observar [illegible]
- [illegible] estado de consciência
- [illegible]
- [illegible] padrão respiratório
- [illegible]
- Manter cabeceira elevada ___ graus
- [illegible] ___
- Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese

Prevenção de Lesão por Pressão

- [illegible] mudança de decúbito ___/___
- [illegible] integridade da pele
- Troca de fralda

Prevenção de Quedas

- [illegible]
- [illegible] quedas [illegible] situações
- [illegible]
- Orientar o paciente a solicitar ajuda para sair da cama
- [illegible]
- Necessidade [illegible]
- Mudança de decúbito ___/___ horas
- Cuidado seguro [illegible]
- [illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

7 - 19h PERÍODO VESPERTINO

Aceitando bem, adm de medicamentos cpm,

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº: ____ Versão: ____	Elaborada: 02/2010
		Paciente: Manoel L. de Souza	
		Leito: 204 A	Data: 30 / 07 / 19

Localização	 Região: M.I.D. Grau: I ( ) II (x)	 Região: Cabeça Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (x) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (x) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perifesional	(x) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(x) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (x) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (x) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (x) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(x) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(x) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(x) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (x) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	[illegible]
Observações		

404-1

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	20/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA S/N	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 20 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + GCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
13		
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 : REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ATEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	107/71	83		36,6°C
18 H	130/84	83		36,3°C
24 H	118/72	78		36,8°C
06:00	118/8	82	—	36°C

Dr. Odinachi Okoro
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2001-RR

[illegible]

[illegible] presença de acompanhante	
Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	
Aferir e registrar sinais vitais	12 18 24 06
Atentar para alterações/queixas	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

Prevenção de Lesão por Pressão

[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

Prevenção de Quedas

[illegible]	
[illegible] identificação	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	
[illegible]	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

D - 14

PERÍODO VESPERTINO

Aferido SSVV + adm
as medicações cpm.

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – NGR

Protocolo nº 1 | Período: | Elaborado: Enfermeiro:

Paciente: Manoel L. de Souza

Leito: 404-4 | Data: 20/07/19

Localização	Região: M.I.D. Grau: I ( ) II (✓)	Região: sacro Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )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 ___	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓) Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Pele Perilesional	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (✓) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) 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:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48	( ) 12/12 (✓) Diária ( ) 48/48
Profissional que realizou procedimento:		
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	**MANOEL DE SOUZA**				
DIAGNÓSTICO	**FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO**				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	21/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	AVP	manter
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SFO.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
13		
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	T
12 H	113/70	82	--	36,4°C
18 H	101X60	74	—	36,4°C
24 H	104X59	75	—	36,6°C
06	127X64	56	—	37°C

Obs: Administrado as medicações e/ou verificado os sinais vitais.

Samaria Sousa
Téc. Enfermagem
COREN-RR 407665 - TE

404-1

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	22/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU VO 6/6	
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
13		
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.

15:15 PACIENTE ACORDA COM MENSAGEM DE DOR, MANTIDO ANALGESIA EXTRA COM TRAMADOL - COM DIMINUIÇÃO PARCIAL DA DOR. MANTIDO O CURATIVO E USO DE GELO NO PÉ.

CO - RECOMENDAMOS USO DE ANALGESIA EXTRA

Dr. Luiz Soares
CRM 1128/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	142x70	72	18	35.1
18 H	120x71	83	S/R	35.7
24 H	94x60	94	16	35.1
	110/70	93	18	35.9

Foi retirado acesso devido estar desacordado, orientado família trazer Tamerinha a tarde.

Técnica de Enfermagem
COREN/RR 140-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Acompanhante relata que na madrugada paciente disse dor cara piorando c/ irradiar braço esquerdo acompanhante. Às 15:10 avisado plantonista Dr. Alder. Segue conduta médica.

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

13:00 às 13:05h Paciente queixa-se dor no braço esquerdo administrado medicação conforme prescrição médica. [illegible]

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

Marilene Freitas Pereira
Coren-SP 246.[illegible]

404-1

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	22/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	AVP	Manter
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	14 22 06
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU VO 6/6	12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	22 10
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
13		
14	FOSVITA SACHE 8/8 VO	14 22 06
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	120x70	84	18	36,2
18 H	130x76	82	—	37,5
24 H	108x76	87	—	36,6
06	121x64	92	—	36,2

SISTEMATIZ[illegible]O DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

[illegible]	[illegible]
[ ] Ordenar presença de acompanhante	
[ ] Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	
[ ] Medir e registrar sinais vitais	13 18 24 06
[ ] Administrar medicações prescritas	
[ ] Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação	
[ ] Manter cabeceira elevada	
[ ] Verificar saturação de O_2	
[ ] Observar e anotar características da dor	
[ ] Aferir compressas: [ ] frias [ ] quentes	
[ ] Observar e anotar edemas	
[ ] Observar e anotar estado de consciência	
[ ] Verificar temperatura axilar	
[ ] Observar e anotar padrão respiratório	
[ ] Observar sinais de cianose	
[ ] Manter cabeceira elevada a ____ graus	
[ ] Verificar e registrar aferese ___/___/___	
[ ] Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese	
[ ]	
[ ]	
Prevenção de Lesão por Pressão	
[ ] Realizar mudança de decúbito de ___ em ___ h	
[ ] Observar integridade da pele	
[ ] Hidratar pele	
[ ]	
[ ]	
Prevenção de Quedas	
[ ] Manter grades laterais elevadas	
[ ] Identificar o risco de queda na placa de identificação	
[ ] Orientar o paciente na higiene	
[ ] Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
[ ] Manter cama com rodas travadas	
[ ] Necessidade de contenção ou cama	
[ ] Manter vigilância de ___/___ horas	
[ ] Calçado seguro nos pés	
[ ] Material de uso pessoal ao alcance da mão	
[ ]	
[ ]	
[ ]	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM – ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM – TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

Mto Recusado medicação do banho, aceito SSO do banho com ajuda de Deus em cuidados de enfermagem

ASS: [illegible] COREN-MR 084713 - TE

PERÍODO VESPERTINO

Administrado medicação conforme prescrição, [illegible] banho no leito, [illegible] dados [illegible] conforme [illegible]

ASS: [illegible]

PERÍODO NOTURNO

ASS:

Modelo de Enfermagem em: Processo	Versão: 06	Elaborada: 02/2013	Atualizada: [illegible]
Tratamento de Feridas HHR	Paciente: Manoel de Souza		
	Leito: 404-1	Data: 23/07/15	

Localização	Região: MIE Grau: I (X) II (X) x2	Região: Costa Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: ___ Tração (X) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?? ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aspecto da ferida	(X) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele ao redor da ferida	( ) Normal (X) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Características da pele ao redor da ferida	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução Utilizada	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diária ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diária ( ) 48/48h
Assinatura e carimbo do profissional	Renata Silva Rodrigues COREN-RJ [illegible]	Renata Silva Rodrigues COREN-RJ [illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Segue aos cuidados de enfermagem. Encontra-se de dieta, medicamentosa, conforme prescrição.

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

Exame aferido sinais vitais

ASS: maiteno

COREN

13/05/19 PERÍODO VESPERTINO

administrado via oral antibiótico prescrito conforme prescrição de ATB Tabela 22.

maiteno

PERÍODO NOTURNO

Dieta, banho e troca de fraldas

ASS:

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	24/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	5 mg
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N 15:00 dia	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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	110/84	84	17	35,8
18 H	105/90	79	17	36,7
24 H	108/69	77	17	36,28
06	100/65	80	17	36,2

Dr. Marcos Aurélio
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2015
	Paciente: Manoel da Souza			
	Leito: 404-1		Data: 25 / 07 / 19	

Localização	Região M.I.E Grau: I ( ) II (✓)	Região cabeça Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )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	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (✓) 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:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Luciane Juliane Gomes de Lima Técnica de Enfermagem Coren-DF 329.905	Valeria Juliane Gomes de Lima Técnica de Enfermagem Coren-DF 329.905
Observações		

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	20/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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 DLMP , 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	T
12 H	119/75	87	—	35,7
18 H	100/60	89	—	36,2
24 H	114/78	82	18	36,5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - [illegible]

[illegible]

- Orientar presença de acompanhante
- Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado
- Manter grades elevadas sempre — 11 08 14 05
- Administrar medicações prescritas
- Estimular, auxiliar ou realizar [illegible] e alimentação
- Manter cabeceira elevada
- Verificar sinais vitais
- Observar sinais [illegible]
- Realizar [illegible] ( ) [illegible] ( ) [illegible]
- Observar e anotar [illegible]
- Observar e anotar estado de consciência
- Verificar temperatura axilar
- Observar e anotar padrão respiratório
- Observar sinais de dispneia
- Manter cabeceira elevada a ____ graus.
- Verificar e registrar glicemia __/__h
- Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese

Prevenção de lesão por pressão

- Realizar mudança de decúbito de __/__h
- Observar integridade da pele
- [illegible]

Prevenção de Quedas

- Manter grades do leito elevadas
- Identificar o risco de queda na placa de identificação
- Avaliar o paciente em [illegible]
- Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
- Manter cama com rodas travadas
- [illegible]
- Manter vigilância de __/__ horas.
- [illegible] pés
- [illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

18hs Realizado medicação
de horário. Aferido SSVV
[illegible] sem [illegible]
[illegible]

Suzana Maria M. do Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREN [illegible]

ASS:

PERÍODO NOTURNO

[illegible]

ASS:

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIII		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	26/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL10MG EV 8/6H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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 DUMI , 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	[illegible]	—	36,2
18 H	120/70	[illegible]	—	36,3
24 H	[illegible]	70	[illegible]	[illegible]

Realizado troca de AVP em 20/07 [illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - [illegible]

[illegible]	[illegible]
( ) Estimular presença de acompanhante	
( ) Adaptar ao ambiente hospitalar, normas e rotina	
( ) Verificar sinais vitais	12 18 24 06
( ) Administrar medicações prescritas	
( ) [illegible] ( ) [illegible]	
( ) Manter cabeceira elevada	
( ) Verificar saturação de O2	
( ) Observar [illegible]	
( ) Aspirar secreções ( ) [illegible] ( ) [illegible]	
( ) Observar [illegible]	
( ) [illegible]	
( ) Verificar temperatura axilar	
( ) Observar e anotar padrão respiratório	
( ) Observar sinais de cianose	
( ) Manter cabeceira elevada a ______ 30%	
( ) Verificar e registrar glicemia ______	
( ) Observar [illegible]	
Prevenção de Lesão por Pressão	
( ) Realizar mudança de decúbito de 2/2 h	
( ) Observar integridade da pele	
( ) [illegible]	
Prevenção de Quedas	
( ) Manter grades da cama elevadas	
( ) Manter pulseira de risco de queda e de identificação	
( ) Avaliar os pacientes de risco	
( ) Orientar a pedir ajuda para sair da cama	
( ) Manter cama com rodas travadas	
( ) [illegible]	
( ) [illegible] de ____/____ horas	
( ) [illegible] pés	
( ) Manter objetos pessoais ao alcance da mão	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS

PERÍODO VESPERTINO

ASS

PERÍODO NOTURNO

ASS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

[illegible]

ASS

PERÍODO VESPERTINO

[illegible]

ASS

PERÍODO NOTURNO

[illegible]

ASS

[illegible]
COREN [illegible]

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo: 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Manoel de Souza			
	Leito: 404-1		Data: 06 / 07 / 2019	

Localização	Região: MSD/E Grau: I (✓) II ( )	Região: Cabeça Grau: I (✓) II ( )
Etiologia	( ) 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	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) 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:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Adonilde Maria Araújo Técnica em Enfermagem COREN-SP 563.152-TE Vanessa da S. Lopes Moraes Técnica em Enfermagem COREN-SP 563.152-TE	Adonilde Maria Araújo Técnica em Enfermagem COREN-SP 563.152-TE [illegible] Enfermeira COREN-SP [illegible]
Observações		

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas HGR	Protoco nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 02/2018
		Paciente: Manoel de Souza		
		Leito: 404-1	Data: 26 / 07 / 2019	

Localização	 Região: M I E Grau: I (✓) II ( )	 Região: M I E Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )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	(✓) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓)Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca (✓)Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (✓) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (✓) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓)Úmido (✓) Seco	(✓)Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) 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:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (✓) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonide Alves Araujo Técnica de Enfermagem COREN-RJ 507 TE/TC Vanessa da Silva Moura Técnica Enfermagem COREN-RJ 552 TE	Adonide Alves Araujo Técnica de Enfermagem COREN-RJ 507 TE/TC Vanessa da Silva Moura Técnica Enfermagem COREN-RJ 552 TE
Observações		

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	29/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 6/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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 DI/MI., GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H	[illegible]	[illegible]	20	35,8
12 H	13x/8	90	18	36,4
18 H	135x/8	81	15	36,4
24 H	10x/10	82	20	36,6

Dr. Odinachi Okeke
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1365

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	28/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 100 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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 DU/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

06 PA: 169x81 P: 86 T: 36,6°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	99/60	79	19 mpm	35,9°C
18 H	120/80	83	20 mpm	36,0°C
24 H	105x44	85		36,7°C

Dr. Odinachi Okorie
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1847/RR

4. ADM medicações conforme prescrição
aferido sinais vitais; enf. Sarah

Sarah Moura Catarino
COREN-RR 907.580-08

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
		Paciente: Manoel de Souza		Data: 28 / 07 / 19
		Leito: 404 | Manoel		

Localização	Região: M.I.E | coxa Grau: I ( ) II (X) X 2	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___X Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: F.O	(X) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) 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 (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	20/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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

DEIXO CVA 02L X 6L/ PS: 96 TP: 36,1

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H			17	35,2
18 H	134X79	78	18	35,8
24 H	120X76	65	—	36,1

Dr. [illegible] Lopes
CRM-RR 560

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Obter presença de acompanhante	
Responsável deixou roupa, tipo e cuidado	
Avaliar e registrar sinais vitais	11 18 21 00
Avaliar e registrar medicações prescritas	
Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação	
Manter cabeceira elevada	
Verificar saturação de O_2	
Observar e anotar características da dor	
Avaliar curativos: L / Dren / Ferida	
Observar e anotar aceitação	
Observar e anotar estado de consciência	
Verificar temperatura axilar	
Observar e anotar padrão respiratório	
Observar sinais de diarreia	
Manter cabeceira elevada a ____ graus	
Verificar e registrar glicemia ____ h	
Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese	
Prevenção de Lesão por Pressão	
Realizar mudança de decúbito de ____ em ____ h	
Observar integridade da pele	
Proteção de Pele	
Prevenção de Quedas	
Manter grades laterais elevadas	
Identificar risco de queda na placa de identificação	
Auxiliar e acompanhar na higiene	
Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Manter cama com rodas travadas	
Responsabilizar a acompanhante	
Manter vigilância de ____ / ____ horas	
Calçar sapato nos pés	
Material de uso pessoal ao alcance da mão	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

16h: Paciente em uso de medicação EPM: Afebril SSVV com melhora [illegible] dados da equipe de enfermagem. Tec. [illegible]

Roberto Cristian [illegible] Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-PR 280.853-TE

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
	Paciente: Manoel de Souza		
	Leito: Apart. 1		Data: 29/07/2019

Localização	Região: MIE Grau: I ( ) II (X) X2	Região: MI Ex 2 Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : __Tração (X) Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia (X) DM ( ) Vascular (X)Trauma : __Tração __Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal (X) Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro: Colaração
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco (X) Outro: Coágulos pelos
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	(X) 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%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: Otafuma + Lonaquete
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	29/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SFC,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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	140/45	78	20	36°C
18 H	120x80	77	20	36,7
24 H	90x50	75	18	35,8°C
06	113x64	87	16	36°C

Dr. Jonas A. Bezerra Agostino
CRM/RR 469

Realizado 55
Realizado

Realizados treinamentos Adm. de treinamento capa funcionários serviço periférico: gelcanto R$ 12 em 1992

Realizado

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	31/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
10		
11		
12		
13		
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, ANICÊRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100x60	69	17	36,1
18 H	140/80	84	18	36,0
24 H	160/90	81	18	36,9

19 as 07 h. Afirmão SSVV, medicado cfm. pac s/ queixas na passagem

6h. 130/80 FC 83 T. 36,6

Rosilda Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN RR 550.392 TE

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	01/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SMD
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12		
13		
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 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR P/ ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC		
6 H	19	60		35,5
12 H	10 X 6,5	75	19	35,4
18 H	12 X 7	75	19	35,3
24 H	11 X 6	79		35,3

PERÍODO MATUTINO

PERÍODO VESPERTINO

PERÍODO NOTURNO

PERÍODO MATUTINO

PERÍODO VESPERTINO

PERÍODO NOTURNO

PERÍODO MATUTINO

PERÍODO VESPERTINO

PERÍODO NOTURNO

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉC. DE ENFERMAGEM

07 - 01 - 13

PERÍODO MATUTINO

Realizado SSVV [illegible]
[illegible]
[illegible]

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

13:00 [illegible]
administrado
Medicações [illegible]
das sinais vitais

ASS: Marilene
Marilene [illegible] Freitas
Téc. de Enfermagem
[illegible]

PERÍODO NOTURNO

19 00 as 07 00 hs [illegible]
[illegible]
[illegible]

ASS:

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:00	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 2/2018
		Paciente: Manoel de Souza	Data: 01/08/19	
		Leito: 404-1		

Localização	Região: MSE	Região: MSE
Etiologia	( )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	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (✓)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (✓) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) 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:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Selma Paula F. da Silva Técnica em Enfermagem COREN-SP 273.[illegible]	Vanessa da Silva Moura Técnica em Enfermagem COREN-SP [illegible]
	Selma Paula F. da Silva Técnica em Enfermagem COREN-SP [illegible]	Vanessa da Silva Moura Técnica em Enfermagem COREN-SP [illegible]
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	02/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	**CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H**	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12		
13		
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 DI /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	T
12 H	130/90	87	20	35,7
18 H	119/75	80		36,1
24 H	12x/8x	76	19	36,0
06 h	120/80	74		36,0

Dr. Manoel Junior
Médico
CRM-RR 1983

Obs: Pede acompanhamento pela segurança do paciente (queda, higiene das mãos 02/08/2019

[illegible]	
Solicitar presença de acompanhante	
Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	
Medir e registrar sinais vitais	12 13 14 DE
Administrar medicações prescritas	
Estimular, auxiliar e supervisionar alimentação	
Manter cabeceira elevada	
Verificar saturação de O2	
Observar e anotar características da dor	
Aplicar compressas: ( ) Frias ( ) Quentes	
Observar e anotar edema	
Observar e anotar estado de consciência	
Verificar temperatura axilar	
Observar e anotar padrão respiratório	
Observar linha de drenage	
Informar queixa elevada a ____ grau	
Verificar a realizar glicemia ____ h	
Observar e anotar características e aspecto de alimento	
Prevenção de Lesão por Pressão	
Realizar mudança de decúbito de ____ em ____	
Observar integridade da pele	
Cremes de proteção	
Prevenção de Quedas	
Manter grades elevadas e travadas	
Identificar o risco de queda na placa de identificação	
Auxiliar o paciente na higiene	
Orientar o acompanhante a pedir ajuda para sair da cama	
Manter cama com rodas travadas	
Necessidade de contenção ao leito	
Manter vigilância de ____ / ____ horas	
Colocar óculos no pós	
Mantido de fácil acesso ao alcance do paciente	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Manoel de Souza			
	Leito: 404-1		Data: 10/01/2019	

Localização	Região: MTE ST	Região: MSE ED
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo (X) ortopedia ( ) Outro:	(X)LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda (X) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	(X) 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%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: A.G.G.
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adan [illegible] Técnico em Enfermagem COREN-RS 507.[illegible]	Renata Silva Rodrigues COREN-RS 41[illegible]
Observações:		

404-1

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	03/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	mantido
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	14 20 06
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	SN
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	06
10	CURATIVO DIÁRIO	rotina
11	SSVV + CCGG 6/6 H	rotina
12		
13		
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	150/87	86		36,3°
18 H	130/84	75		36°
24 H	100/63	71	20	36,7°
06	125/70	74	20	36°C

Dr. Odinaldo Okamir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 145-16

404-1

404-1

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	04/08/2019

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	AVP	[illegible]
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	[illegible]
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	SN
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N .	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	[illegible]
10	CURATIVO DIÁRIO	[illegible]
11	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
12		
13		
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 01/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				
8 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/81	71		36,7°C
18 H	130/80	47		36°C
24 H	117/61	78	—	36°C

Obs PA: 122x78
T = 36°C
FC: 82

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/DF

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
( ) Manter prótese de acompanhante	
( ) Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	
( ) Aferir e registrar sinais vitais	12 18 24 05
( ) Administrar medicamentos prescritos	
( ) Estimular ingestão hídrica e alimentação	
( ) Manter cabeceira elevada	
( ) Verificar saturação de O_2	
( ) Observar e anotar características da dor	
( ) Aplicar compressas ( ) frias ( ) quentes	
( ) Observar e anotar secreção	
( ) Observar e anotar estado de consciência	
( ) Verificar temperatura axilar	
( ) Observar e anotar posição no leito	
( ) Observar sinais de cianose	
( ) Observar cicatriz e evolução ____ graus	
( ) Verificar e registrar eliminações ___/___	
( ) Observar e anotar quantidade e aspecto da tosse	
( )	
( )	
Prevenção de Lesão por Pressão	
( ) Realizar mudança de decúbito de ___ em ___h	
( ) Observar integridade da pele	
( ) Massagem	
( )	
( )	
Prevenção de Quedas	
( ) Manter grades laterais elevadas	
( ) Identificar risco de queda na placa de identificação	
( ) Auxiliar o paciente na higiene	
( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
( ) Manter campainha ao alcance	
( ) Necessidade de acompanhante ( ) sim	
( ) Manter alfabeto de ___/___ horas	
( ) Calçado seguro nos pés	
( ) Material de uso pessoal no alcance do paciente	
( )	
( )	
( )	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - PROTOCOLO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

[illegible] Palma Brunetto
Orientado leva sequela
no lado direito
mantem fixador externo
no MSE e AVP no MSE
Aceitou bem a dieta
e [illegible] pouco
[illegible]

ASS: [illegible] de Lima Campos
COREN [illegible]

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

Pcte 15 [illegible] [illegible]
sem consciência, [illegible]
[illegible] de [illegible]
[illegible] resp. s/ [illegible]

Hospital Regional da Asa Norte
Gerência de Enfermagem
Coren-DF 161.[illegible]

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

Pc 01 [illegible] - [illegible]
[illegible] [illegible]
[illegible] dos [illegible]
do [illegible]

[illegible]
Enfermeiro
Coren-DF [illegible]

ASS:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
		Paciente: Manoel da Silva		
		Leito: 404-L	Data: 03/08/19	

Localização	Região: MIE Grau: I (X) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : ___Tração (X) Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) 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 (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: AGG	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Franciscede L. Alencar Técnica em Enfermagem COREN RR 53589 TEC	
Observações:		

404-1

404-1

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	04/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN D
2	AVP	manhã
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	14 22 06
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	dia
10	CURATIVO DIÁRIO	no turno
11	SSVV + CDGG 6/6 H	noturno
12		
13		
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	T
12 H	130/81	72		35,7°C
18 H	130/80	77		36°C
24 H	117/69	78	—	36°C

Obs PA: 122x78
T: 36°C
FC: 82

SISTEMATIZAÇÃO D SSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
( ) Observar presença de companheiro	
( ) Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e organizado	
( ) Atender a regulação do sono/repouso	17 18 24 06
( ) Administrar medicações prescritas	
( ) Estimular ingestão e aceitação alimentação/hidratação	
( ) Manter cabeceira elevada	
( ) Verificar saturação de O2	
( ) Observar e anotar características da dor	
( ) Aplicar compressas ( ) Frio ( ) Quentes	
( ) Observar e anotar eliminações	
( ) Observar e anotar aceitação de consistência	
( ) Verificar temperatura axilar	
( ) Observar e anotar padrão respiratório	
( ) Observar sinais de cianose	
( ) Manter cabeceira elevada ___ graus	
( ) Verificar e registrar diurese ___/___ h	
( ) Observar e anotar quantidade e aspecto de drenos	
( )	
( )	
Prevenção de Lesão por Pressão	
( ) Realizar mudança de decúbito de ___ em ___ h	
( ) Observar integridade da pele	
( ) Limpar de fezes	
( )	
( )	
Prevenção de Quedas	
( ) Manter grades laterais elevadas	
( ) Identificar risco de queda na placa e identificação	
( ) Auxiliar na higiene	
( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
( ) Manter cama com rodas travadas	
( ) Necessidade de contenção no leito	
( ) Manter vigilância de ___/___ horas.	
( ) Colocar cinto de segurança	
( ) Manter alerta de uso protetor e vigilância da cama	
( )	
( )	
( )	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Chegou 19:00 apresentando SSVV e

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE — 1 - CNES

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE — 2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE — 3 - NºDO CNS VINCULADO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) — 8 - DATA DE NASCIMENTO — 9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL — 11 - TELEFONE DE CONTATO DDD

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA — 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pot [illegible] extens
[illegible] Ha 71 dias

18 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NHS T42

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

Ex 1 TK

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

NHS sob FE

21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

NHS T42

24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA — 26 - CAID/ALTA DE ATENDIMENTO — 27 - DOCUMENTO — 28 - TIPO DOCUMENTO (NºCRM) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE — 30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 5/8/17 — 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - NOME DO TRABALHO — 33 - CNPJ DA SEGURADORA — 37 - Nº DO LAUDO — 38 - SERIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO (TIPO) — 39 - CNPJ EMPRESA — 40 - CNPJ DA TERCEIRA — 41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO (TIPO 2)

42 - VÍNCULO COM A VIOLÊNCIA: ( ) EM REDE ( ) INFANTIL ( ) ADOLESCENTE ( ) IDOSO ( ) MULHER ( ) HOMEM ( ) INDÍGENA ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 44 - CBO — 46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0408060360 T842 9838

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF — 46 - Nº DOCUMENTO (Nº CRM) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 4/8/17 — 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

S.8

CONTRIBUTO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

MANOEL DE SOUZA

PREMEDICAÇÃO DROGA DOSE HORA

FENTANIL 100mcg + MIDAZOLAM 5mg

05.08.19

PA 120/80 SPO2 AUT

ACESSOS

A FENTANIL

B MIDAZOLAM

C

D

E

TÉCNICA

ANESTESISTA LOURIVAL

INSPIRAÇÃO INFALÍVEIS

SOB CAPELA DE O2

ANOTAÇÕES

RACHICE LIST AP. ANESTESIA

1 - ANALGESIA

1 - O2 SOB CAPELA NASAL 2L/MIN

2 - ANESTESIA - INDUÇÃO E MANUTENÇÃO DO PLANO CIRÚRGICO COM ESTABILIDADE HEMODINÂMICA, PACIENTE ENTRE L4-L5 COM DIFICULDADE 25G, LCR CLARO, 3ml STANDOC + DIMEDROL 2E

DROGAS

DOSES

SF 0,9% 500ml

IDA: SOLUÇÃO

ALCATRÉIA DE PENAUM (E)

CIRURGIÃO: DR. ANCHEL

CÓDIGO

ANESTESISTA: DR. ILOERSON

ROTA CIRÚRGICA

ELETROCAUTERIA LIST. 1 hrs

3 - ENCAMINHADA A SRPA

ILOERSON R1

Nichel M. Nova
Médico Anestesiologista
CRM AM 4.168

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

MEDIDA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

Sala 04 — 65 anos

NOME DO PACIENTE: Manoel de Souza

APOSENTO: 404-1 — Nº DO PRONTUÁRIO: 0028540 — DATA: 05/08/19

CIRURGIA

TIPO: Rms de tornozelo E

TEMPO DE DURAÇÃO — INÍCIO: 19:29 — FIM: 19:45 — TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO: Ildeson

1º AUXILIAR: Dr. Jesus

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA: Daniel

RES. ANESTESIA: R1 Everson

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE: Raissa / Anacleudin / Simonton

TEMPO DE DURAÇÃO:

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio

QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
4	PCTS COMPRESSAS C/ 05 UNID.		FRASCOS SORO FISIOLÓGICO 250ml	
1	PACOTES GAZE		FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.0		FRASCOS SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TÓRAX Nº		FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML	50ml	SURGICERT Álcool	
	SERINGA 03ML		CERA PERDIDA algodão ortopédico	
	SERINGA 05 ML		KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML		SHEFOAM Algodão cardíaco	
	SERINGA 20ML		FITA CARDÍACA	
			OUTROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA

ENFERMEIRA-CHEFE DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A): ENFERMEIRA CHEFE: Suelen

FUNCIONÁRIO(A) CÁLCULOS: CIRCULANTE DE SALA: Solange

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

VALOR

SAEP – SISTENIATIZAÇÃO DA ASSI...

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Manoel de Souza

Data: 05 / 08 / 19

Data de Nasc: 14 / 03 / 54 Idade: 65 Setor/Leito: 404-1

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Qst. prot. bom prevo (E)

1. Intercorrências:
Jejum: (X) Sim ( ) Não
Prótese: ( ) Sim (X) Não
Dentes: ( ) Sim ( ) Não
Cateter DU: ( ) Sim (X) Não
Tatuagem: ( ) Sim (X) Não
PMF: ( ) Sim (X) Não
Alergia: ( ) Sim ( ) Não
Quais: não sabe dizer
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não
Outros: _____

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
(X) Deambulando
( ) Cadeirante
( ) Com suporte de O2
( ) UTI
( ) Leito

3. Sinais Vitais:
T: ___ °C
P: ___ bpm
R: ___ rpm
PA: 14x10 mmHg
SAT: 98 %
(X) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente): Paciente admitido com Kss g prevalente [illegible] prot. bom da perna E. Apresenta [illegible] dificuldade [illegible] e memória

Tereza Maria [illegible]
Enfermeira
COREN [illegible]

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia
19:00	19:20	19:29	19:46	19:58	Raquia	Amp. de [illegible] E

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Amp. de [illegible] E	Raquia	D.D.

Hidratação Infundida: SF 0,9%: 700 mL; SG 5%: ; Outros:

Antibioticoterapia: Nome: ; Dose: ; Horário:

Hemoderivados: CH: ; Plasma: ; Plaquetas:

Anatomia Patológica: ( ) Não ( ) Sim N° Peças: ( ) Cultura ( ) Outros:

N° de Compressas oferecidas:
N° de Compressas recolhidas:

Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb (X) Hemograma ( ) PK ( ) Gasometria ( ) Outros:

Legenda:
1. Eletrodos
2. Cateter
3. Manguito PA
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Sonda
9. SNG/SNE
10. Clarole
11. TOT (X) Não ( ) Sim N°
12. SVD (X) Não ( ) Sim N°
13. Outros:

Localização: 1. Sonda; 2. Curativo; 3. Dreno; 4. Acesso venoso; 5. Outros: Q2

Sinais Vitais: Saída da SO
T: ___ °C R: ___ rpm FC: 64 bpm
PA: 120/70 mmHg SAT: 100 %
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) Outros:

SRPA

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SpO2	Aldrete-TF	Dor 0/10
0'		72	86/53	100	8	
15'		64	89/55	100	8	
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2 h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída		
Hora	Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SNG/Aspiro	Dreno/Qual

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Paciente admitido na SRPA, sem [illegible] com MSE [illegible] monitorizado com [illegible] estável. Bom posicionamento [illegible] Segue aos cuidados da enfermagem.

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente [illegible]

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome do Paciente: Maria de Souza

Especialidade cirúrgica: [illegible]

PULSO OXIMÉTRICO

O PACIENTE CONFIRMOU:

(X) Alergia: [illegible]
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento
(X) Consentimento: (X) Sim ( ) Não

RISCO DE ASPIRAÇÃO

(X) Não: ( ) Sim, e medidas adotadas

OXIMETRIA DE PULSO

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

ESTIMATIVA DE PERDA SANGUÍNEA (ADULTO)

( ) Sim ( ) Não

(X) VERIFICAR DISPONIBILIDADE NO PACIENTE EM CIRURGIA ANTERIOR

O PACIENTE PODERÁ:

ALERGIA CONHECIDA
(X) Não ( ) Sim, Qual: _____

OS RISCOS DA HEMORAGIA OU ASPIRAÇÃO

(X) Não
( ) Sim, e medidas adotadas/providenciadas

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

(X) Não
( ) Sim, e medidas adotadas: acesso adequado, hemoderivados disponíveis

Assinatura: Dr. [illegible] CRM [illegible]

Data: 05/05/19 Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Dra. Michelli

PAUSA CIRÚRGICA

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO (X) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

(X) Identificação do paciente
(X) Sítio cirúrgico
(X) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

(X) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(X) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (observar resultado do indicador). Há quaisquer preocupações a equipamentos ou quaisquer outras preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
(X) Não se aplica
( ) Sim,
Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
(X) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
(X) Sim ( ) Não

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não (X) Não se aplica

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

(X) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
(X) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Solange C. Carvalho
Enfermeira
COREN-RR 5[illegible]29

Assinatura e Carimbo

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

DATA DE ENTRADA MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
30	11	04/0:/1	089

A. d. 14.03.54

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE — NOME: Manoel de Souza — IDADE — SEXO

RUA / AVENIDA: Uraquara — Nº: 1065 — COMPLEMENTO

BAIRRO: Mecejana II — MUNICÍPIO: BVB — ESTADO: Rr — TELEFONE: 221 5785

RELIGIÃO — RG

2 - ACIDENTE: TRABALHO — TRÂNSITO — OUTROS

RESIDÊNCIA — VIA PÚBLICA

3 - DATA ENTRADA EMERGÊNCIA

TRANSPORTADO — AMBULÂNCIA — REMOVIDO

4 - TIPO DE ACIDENTE: OUTROS (DESCREVER)

TR. FERIMENTO — QUEIMADURA — ENVENENAMENTO — CHOQUE ELÉTRICO

Queimadura

5 - SE ACIDENTE DE TRABALHO, ESPECIFICAR

PROFISSÃO — DIA — MÊS — ANO — HORA — OBSERVAÇÕES

6 - FOI ENCAMINHADO

SIM — NÃO — QUAL (ESPECIFICAR)

7 - INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

ESPECIALIDADE

RESUMO CLÍNICO

[illegible] 20 [illegible]

EXAME FÍSICO

[illegible]

QUAIS OS EXAMES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO)

PARECER DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO)

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL — DEFINITIVO

8 - PRESTO SOCORRO

ALTA — OBS. — INTERNAÇÃO

ANEXO — DOCUMENTAÇÃO INSTRUMENTAÇÃO — SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS?

SIM — NÃO — RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE — CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

MINISTÉRIO PÚBLICO DE RORAIMA
PROMOTORIA DE JUSTIÇA

de de 2004.

Ecmo(ª). Sr.(a) Dr.(a)
Promotor de Justiça de Defesa da saúde
Ministério Público de Roraima
NESTA.

Dando cumprimento ao que dispõe o art. 7º da Lei Estadual nº 11.004/94, encaminhamos dentro do prazo legal, as informações sobre o internamento do paciente mencionado abaixo.

COMUNICAÇÃO AO MINISTÉRIO PÚBLICO DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA INVOLUNTÁRIA

1-ESTABELECIMENTO

CGC. Nome: Hospital Pronto Socorro Estadual

Médico responsável pela internação:

Dr. Clemente D. Pinto
Psiquiatra e Clínico Geral
CRM 6?? F: 9072-7555

CRM Nº: Nome:

2-PACIENTE

Nome: Manoel de Souza Sexo (M/F):

Pai: Manoel João de Souza Mãe: Maria José de S. Souza

Identidade Nº: 68.023 Orgão Exp.: SSP UF: RR CIC.

Naturalidade: Palmeira - AL UF: AL

Data Nasc.: 14/03/54 Estado Civil: Solteiro Profissão: Agricultor

Endereço:

Acompanhante / Responsável, (Nome, referências):

Maria Elena de Souza
Souza

3. INTERNAÇÃO

Data: 30/11/04 Hora: 12:20 C.I.D. Psicose Local: H.P. Socorro E

Motivo do Internamento: Paciente crônico em abstinência de psicotrópico, agressivo, ameaçando contra si próprio e detectando os sinais de risco

Justificativa da Involuntariedade: Risco de vida

Médico Responsável / CRM nº

4. OBSERVAÇÕES:

Comunicamos o desaparecimento da agressividade do paciente para o parente acompanhante/cuidador que o hospital não cabe a responsabilidade do paciente

11/04

manual de fogão.
Pente fino nele novamente
até não pode mais

Wilindon D. Pinto
Secretário Chefe Geral
CRM-GO F: 9872 7560

GOVERNO DE RORAIMA
Cidadania Jovem

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

HOSPITAL: Hospital Santa Helena Estadual
28540

NOME DO PACIENTE: Manoel de Souza
MUNICÍPIO: Boa Vista
UF: RR

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Presidente 1065 Sala Jardim
CONDIÇÃO: CONJUGE [ ] PAI [ ] PMAE [X] CURIOS. [ ]

CEP:
DATA NASCIMENTO: 14.03.52
SEXO: MASCULINO [X] FEMININO [ ]
Nº REGISTRO DE NASCIMENTO:
VISITA PERIODICA:

Nº CPTS:

NOME DO RESPONSÁVEL: Maria Elza de Souza

Nº DA CAT:
CGC DO EMPREGADOR:

Dr. Orlando D. Pinto
Psiquiatra e Clínico Geral
CRM 0RR 7665

CPF MED. SOLIC.:
DOC. FOLICIADO:
CARD. INT.:
DATA EMISSÃO:
CPF MED. RESP. PSF ORM 662 F 0007 7665
ASS. MED. RESP.:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Paciente clínico em abstinência de psicotrópico, apresenta tremor, confusão, agitação, insônia e dores de cabeça no início da manhã

DEMAIS DOENÇAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Nada de mais

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA:
Exames normais

DIAGNÓSTICO INICIAL:
Síndrome Psicótica

CLÍNICA: CIRÚRGICA [ ] OBSTÉTRICA [ ] PEDIÁTRICA [ ]

PROCEDIMENTO SOLICITADO:
Hemodiálise

ORTOPEDIA [ ] PSIQUIATRIA [ ] PEDIATRIA [ ]

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA EXAMINAÇÃO:

CRM
Dr. Orlando D. Pinto
Psiquiatra e Clínico Geral
CRM 0RR 7665

DATA: 30 - 7 - 2008
Dr. Orlando D. Pinto
Psiquiatra e Clínico Geral
CRM 0RR 7665

Manual de Fuga

9/11/05 - 1. Dieta leve

2. Maleat. 5 mg - 2 Agora 8/8 h 12/12 20-05

3. Peroxetina 25 mg - 1 Agora 8/8 h 20-05

4. Bromazil. 1 Agora 8/8 h por 7 dias

Lacúna pulmonar e/ou indução

5. Conforme na dieta de manutenção

6. Cuidados no leito

7. Transferir para o leito

"A"

Dr. Wellington D. Pinto
Psiquiatra e Clínico Geral
CRM 657 F: 0272-7965

30/11/04 PA 12X1
T 36

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
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 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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 OU VO 8/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
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 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV (AVISAR P/ ANTONESTA

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
21:00	105x67	70	19	35,8°C
6:00	114x65	095	20	36,1°C

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

[illegible]

1. [illegible]
2. [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]
6. [illegible]

[illegible]

Dr. [illegible]
Veterinário Clínico Geral
CRV [illegible] 3472 7555

116
8h

Alerg. / s. large

(1) Haldol 5mg ep — V.O — 1-1-1-1 / 16 20 ok

(2) Prometazina 25mg ep — V.O — 0+0+1 / 16 20

(3) Risperidona 100mg ep — V.O — 0+0+1 / 16 20

(4) Cimetidina 12/12/h — alteração

Dr. Carlos Macellaro Filho
CRM-PR 16.292

01.12.08
Paciente encontra-se no momento, no leito, consciente e confuso, deambula muito nos corredores, higienizado, verbalizando. Segue aos cuidados de enfs. Jaime _____ Gpto

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	04/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12		
13		
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	112/78	86	—	36°
18 H	121/86	78	20	36°C
24 H				

Dr. [illegible]
CRM-RR 566

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	04/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	EV
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 6/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12		
13		
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	90/60	72	17	35.2
18 H	118/67	81	–	36,90
24 H	117/70	80	16	36,50
6h 12/19		82	16	36,50

Dr. [illegible] CRM-RR 5[illegible]

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	07/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	
2	AVP	
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	CAPTOPHIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12		
13		
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	130/90	94	–	36,6
18 H	138/89	91	–	37,2
24 H	98/55	20	–	36,0

06 130/90 95 20 36,7

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Manoel de Souza	Data: 01 / 05 / 2019
		Leito: 4041	

Localização	Região: MIE (Coxa)	Região: MEI
	Grau: I ( ) II (X)	Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X)Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) 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%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Ana Cláudia da Silva Gomes Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.822	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 90[illegible]	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 90[illegible]	Ana Cláudia da Silva Gomes Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.822
Observações:		

BLVW NIR alta 09/08/19

28240

Manoel de Souza 14 03 09 M
70 600 718 55 01 3 45 9599 138 5638
Maria José dos Santos de Souza
Av. General Ataúde Teixe 8347 Alvorada
Boa Vista 1.0010 RG 6931+182

Fratura exposta dos ossos da perna (E)

Anamnese + Exame físico + imagem

Tratamento cirúrgico

Anamnese + Exame físico + imagem

Fratura exposta dos ossos da perna (E)

TTC ex de fratura exposta
Ortopedia Urgência
Patrick Rabelo

04080505ao
5828
V09

15/9/19 alta

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu _____ CPFnº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

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

Boa Vista, 19 de agosto de 2019.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1)Assinatura: Michele Lima da Silva

Nome _____

CPFnº: _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

Boa Vista, 19 de 08 de 2019. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____ CRM _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

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

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	09/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	SNO
2	AVP	MANTER
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	08 16 24
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	06
10	CURATIVO DIÁRIO	M
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Retorno
12		
13		
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	90X70	82	17	96,2
18 H	120X80	75		36,1
24 H				

07 as 13
Administrado medicação 9m
Verificado SSVV
Téc Enfermagem

13 as 19
Administrado medicação
Verificado SSVV, curativo
Realizado

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
( ) Orientar prescrição de enfermagem	
( ) Propiciar ambiente calmo, limpo e ventilado	
( ) Manter grades laterais elevadas	12 16 24 06
( ) Administrar medicações prescritas	
( ) Estimular ingestão hídrica e alimentação	
( ) Manter cabeceira elevada	
( ) Verificar sinais de G	
( ) Observar e comunicar sinais de flebite	
( ) Avaliar comprimento: ( ) Curtas ( ) Longas	
( ) Observar sangramentos	
( ) Observar e anotar estado de consciência	
( ) Verificar temperatura axilar	
( ) Observar e anotar padrão respiratório	
( ) Observar sinais de cianose	
( ) Manter cabeceira elevada ___ graus	
( ) Manter posição de Fowler ___/___h	
( ) Observar e anotar aceitação e aspecto das fezes	
( )	
( )	
Prevenção de Lesão por Pressão	
( ) Realizar mudança de decúbito de ___/___h	
( ) Observar integridade da pele	
( ) Trocar fraldas	
( )	
( )	
Prevenção de Quedas	
( ) Manter grades laterais elevadas	
( ) Conferir cor da pulseira e placa de identificação	
( ) Avaliar queixa de origem	
( ) Orientar e prevenir a saída do leito sem acompanhante	
( ) Manter cama travada	
( ) Necessidade de uso de cinto pélvico	
( ) Manter algema de ___/___	
( ) Colete de segurança no leito	
( ) Manter luz de pernoite acesa em quarto	
( )	
( )	
( )	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

ASS:

PERÍODO NOTURNO

ASS:

404-1

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO	15/07/2019	DIH		DN	14/03/1954
PACIENTE	MANOEL DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	65	LEITO	404-1	DATA	08/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	SN 0
2	AVP	mantida
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H	
4	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	M
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Retirar
12		
13		
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	110/60	75	20	36,2
16 H	109/60	75	20	36,2
24 H	120/60	84	19	34,4
		74	20	36

404-1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Manoel de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **453354-2**

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/10/2019

NOME
MANOEL DE SOUZA

FILIAÇÃO
MANOEL JOÃO DE SOUZA
MARIA JOSÉ DOS SANTOS SOUZA

NATURALIDADE
OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

DATA DE NASCIMENTO
14/03/1954

DOC. ORIGEM
CERTD NASC 9424 FLS 179 LIV A-10
OLHO D'ÁGUA DAS FLORES-AL

CPF
915.069.992-04

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista de Polícia Civil
Diretor do IIC

P1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
915.069.992-04

Nome
MANOEL DE SOUZA

Nascimento
14/03/1954

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CÍVILIO CRIME

Polegar Direito

Joselene da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

01459

06/03/2015

JOSELENE DA SILVA

JOSÉ FERREIRA DA SILVA

MARIA ELZA DE SOUZA

ALTÔNIA - PR

04/09/1971

CERTD NASC 12947 FLS 248-V LIV A-11
ALTÔNIA-PR

446.798.582-49

2 VIA

Hênio Stanio Lima Andrade
Diretor do IIOC

P 7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
446.798.582-49

Nome
JOSELENE DA SILVA

Nascimento
04/09/1971

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

William gonçalves franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

DOC ORIGEM
CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20
2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IDC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661797 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL DE SOUZA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

562430

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419456/19

Vítima: MANOEL DE SOUZA

Data do acidente: 15/07/2019

CPF: 915.069.992-04

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL DE SOUZA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JOSELENE DA SILVA : 446.798.582-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

MANOEL DE SOUZA : 915.069.992-04

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/11/2019	Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661797 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: MANOEL DE SOUZA **Data do acidente:** 15/07/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: Joselene Da Silva
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Casada
PROFISSÃO: Autonoma RG: 83459
CPF: 446.798.582-49 ENDEREÇO: Av General Ataide Teive, 8348
BAIRRO: Aurora CIDADE: Boa Vista
CEP 69317382

VÍTIMA: Manoel De Souza
CPF: 915.069.992-04 DATA DO ACIDENTE: 15.07.19
NATUREZA: ( ) DAMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

OUTORGADA:

NOME: William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: Corretor
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/MA
DATA DE EMISSÃO: 10.09.19
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11, 294 conjunto cidadão

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 transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 10 de Setembro de 2019.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

Joselene da Silva
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião
Av. Ataide Teive, 4867 - Aeroporto
Fone: (95) 3627-4[illegible]
141129.5d77f291ae7a1
Reconheco por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"JOSELENE DA SILVA"
141129
Em testemunho da verdade. WSS
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 10 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalsiserr.com.br
RECFIR15629660C01ONT59NJIVE187
Emolumentos:R$ 2.45 Fundos:ISS:R$ 0.55 SELO:R$ 1.50 Total:R$ 4.50
Thais Cristina Barbosa dos Santos
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419456/19

Vítima: MANOEL DE SOUZA **Data do acidente:** 15/07/2019

CPF: 915.069.992-04 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** MANOEL DE SOUZA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JOSELENE DA SILVA : 446.798.582-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

MANOEL DE SOUZA : 915.069.992-04

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/11/2019	Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 825.396.343-20	CPF: 104.396.626-99
WILLIAM GONCALVES FRANCO	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190661797 **Vítima: MANOEL DE SOUZA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELENE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190661797 **Vítima: MANOEL DE SOUZA**

Data do Acidente: 15/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSELENE DA SILVA

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

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

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: **JOSELENE DA SILVA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000000653**
Conta: **000000117564-8**
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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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: 915.069.992-04
4 - Nome completo da vítima: Manoel de Souza

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Manoel de Souza
6 - CPF: 915.069.992-04
7 - Profissão: Serviços Gerais
8 - Endereço: Av. General Ataide Teixe
9 - Número: 8347
10 - Complemento:
11 - Bairro: Aurora
12 - Cidade: Boa Vista
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.317-182
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): 99333-3855

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: Joselene da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 446.798.582-49
19 - Profissão do Representante Legal: Autonoma

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00117564 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR, 19/11/19

Joselene da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Manoel de Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019