

## 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:  
2723847620200525111323

## Processo 0811104-12.2020.8.23.0010 ☆ - (19 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)
<p><b>Realces</b> ↑</p> <p><b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</p> <p><b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p>					
<p><b>Filtros</b> ↑</p> <p><b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</p> <p><b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/></p> <p><b>Descrição:</b> <input type="text"/></p>					
12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12 <span style="float: right;">500 por pág. 1</span>					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
<input type="checkbox"/>	12	25/05/2020 11:13:23	<p><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A</p> <p>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="checkbox"/> 2720538CONTESTACAO01.pdf Público</p> <p>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="checkbox"/> 2720538CONTESTACAOAnexo02Part.01.pdf Público</p> <p>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="checkbox"/> 2720538CONTESTACAOAnexo02part.02.pdf Público</p> <p>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO <input type="checkbox"/> KITSEGURADORALIDER.pdf Público</p>		
	11	14/05/2020 14:20:48	<p><b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 14/05/2020 referente ao evento de expedição seq. 9.</p> <p>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b></p>		
	10	13/05/2020 11:09:51	<p><b>RENÚNCIA DE PRAZO DE LUCAS DE SOUSA SILVA</b> Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (05/05/2020)</p> <p>EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b></p>		
<input type="checkbox"/>	9	13/05/2020 11:09:50	<p><b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis</p> <p>SUSANA MARA ALVES DE ALBUQUERQUE <b>Analista Judiciária</b></p>		
	8	13/05/2020 11:09:48	<p><b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de LUCAS DE SOUSA SILVA) em 13/05/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (05/05/2020) e ao evento de expedição seq. 7.</p> <p>EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b></p>		
	7	13/05/2020 11:07:39	<p><b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de LUCAS DE SOUSA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (05/05/2020)</p> <p>SUSANA MARA ALVES DE ALBUQUERQUE <b>Analista Judiciária</b></p>		
<input type="checkbox"/>	6	05/05/2020 18:51:37	<p><b>CONCEDIDO O PEDIDO</b></p> <p>BRUNO FERNANDO ALVES COSTA <b>Magistrado</b></p>		
	5	05/05/2020 16:43:02	<p><b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b></p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
	4	05/05/2020 16:43:02	<p><b>RECEBIDOS OS AUTOS</b></p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
	3	05/05/2020 16:43:02	<p><b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição</p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
	2	05/05/2020 16:43:02	<p><b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 1ª Vara Cível</p> <p>SISTEMA CNJ</p>		
<input type="checkbox"/>	1	05/05/2020 16:43:01	<p><b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b></p> <p>EDSON SILVA SANTIAGO <b>Advogado</b></p>		



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08111041220208230010

**AUSÊNCIA DE COBERTURA**

**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 **LUCAS DE SOUSA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

**CONTESTAÇÃO**

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 **17/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **03/12/2019**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro

Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup>.

### 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<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[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.

<sup>2</sup>[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;

<sup>3</sup>“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.

### DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT, conforme demonstrado:

Seguro DPVAT  
**Consulta a Pagamentos Efetuados**

ACESSIBILIDADE

Sua busca por placa: NAQ1893 UF: RR CATEGORIA: 09\*

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2016	R\$244,03	Quitado	

[\*] Motocicleta

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Voltar Imprimir

Seguro DPVAT  
**Calendário de pagamento**

ACESSIBILIDADE

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício UF Final da Placa Categoria (abaixo máx) Pagamento

2019 RR 3 3 À vista Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
3	31/05/2019	NÃO	31/05/2019	30/04/2019

RR: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2019

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

<b>RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP</b>	<b>SÚMULA 257, STJ</b>
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74<sup>x</sup>, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

#### **DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

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.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral<sup>4</sup>.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima<sup>5</sup>.

Frisa-se que 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.

Assim, 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 a parte Autora, 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.

### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

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<sup>6</sup>.

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

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.

---

<sup>4</sup>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 HOUE 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.

<sup>5</sup>**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.”

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>**art. 1º . (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da 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, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme 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 honorários 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 e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 12 de maio de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 esfinteriano; (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	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 superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
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; **JOSELAINÉ 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 **LUCAS DE SOUSA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08111041220208230010.

Rio de Janeiro, 12 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/98

Peço exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **043.691.753-05** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **043.691.753-05**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios;

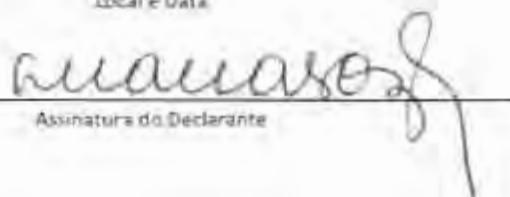
Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD PM JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Numero 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
E-mail luanna_souza71@hotmail.com		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) (065) 99116.8367

Boa Vista-RR, 06/12/19  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

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

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

2 Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/98

Peço exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **043.691.753-05** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **043.691.753-05**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios;

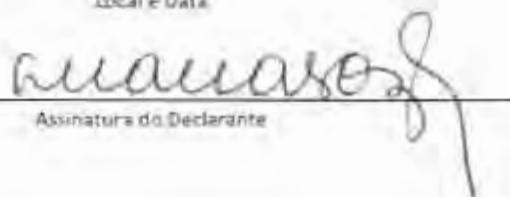
Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD PM JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA	Numero 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR
		CEP 69.313-572
E-mail luanna_souza71@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) (065) 99116.8367

Boa Vista-RR, 06/12/19  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante



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

1ª Classificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

Reclassificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

2ª Classificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

Reclassificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

3ª Classificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

Reclassificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

4ª Classificação  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarelo  
 Verde  
 Azul Esc.

1901149897 17/06/2019 14:53:26 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO DP-19 16

Paciente: LUCAS DE SOUSA SILVA  
Data Nascimento: 10/11/1985 Idade: 33 A 9 M 7 D  
Tipo Doc: 0000 Documento: 0000 Órgão Emissor: Dta Emissão: M Sexo: M Estado Civil: NAO Parda/Raça: Parda Nacionalidade: BOA VISTA - RR  
Mãe: RAIMUNDA SCUSA SILVA  
Endereço: RUA - CURITIBA - 761 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR

Classe de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: COLISAO ENTRE VEICUL  
Setor: GRANDE TRAUMA  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Tipo de Chegada: RESGATE  
Nº da Carteira: N/A  
Vitalidade: N/A  
Autorização: N/A  
Só Personal: N/A  
Processo de Atend.: N/A  
Procedência: N/A  
Tempo: N/A  
Fase: N/A  
Resultado: N/A  
Processamento Sol.: N/A  
Registado por: SOUSA

Queixa Principal:  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC: 1234 567 890 1234 567 TOTAL: 1234 567

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:00 h)  
\* queda de moto; dor + edema + limitação de movimento em quadril @.  
\* A: VAP; C.C.; P.R.;  
Exame Físico: B: MV ⊕ lateral sem RA. D: d.M. glabro 15. sup. irac. e fotor. E: A. espaições  
+ C: Abd: indolor, RHA ⊕.  
Hipótese Diagnóstica: lesão contusão de fêmur

\* politrauma  
SAQT - Exames Complementares:  RAX  ULTRASON  TC  SANGUE  URINA  ECG  OUTROS

PRESCRIÇÃO: 1. d. pinawa 2g @ 15:00  
2. AVP. \* Autopeia de 15:15  
OBSERVAÇÃO: Pouco melhora de fratura com aumento de dor e inchaço @ RX quadril @  
A. A. Sola de Juro. Dr. Fernando Rezende Médico CRM-RR 2007

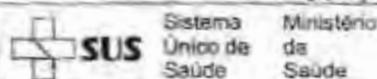
Conduta:  A la por Cessão Médica  Ambulatório  
 A la por Procto  Observação (até 24h)  
 A la por Rivotril  Internação  
 Transferência para  Data e Hora de alta: 17/06/2019 14:55:39

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: \_\_\_\_\_ Carimbo e Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_  
Data Hora: 17/06/2019 14:55:39



transf: 30108119



Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - CIEB

4 - CIEB

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: *Edson de Souza Silva*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *175019*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - SEXO: *m*

9 - DATA DE NASCIMENTO: *10/11/81*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: *Raimunda Rosa Silva*

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *R. Curitiba 761 Nova cidade*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *BV*

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: *R R*

15 - UF: *R R*

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*trauma de quadril (E) + fratura de cabeça femoral + fratura de costela*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Ato Cirúrgico*

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

*L + Exame físico*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*L + Trauma Quadril (E) + Cabeça femoral + fratura costela*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *fratura quadril (E) + fratura costela + fratura costela*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE: *Fabio Cantale*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *17/8/14*

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACCIDENTE DE TRABALHO

34 - ACCIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACCIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - CNES DA EMPRESA

42 - CRR

43 - EMPREGADO

44 - EMPREENDEDOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESPREZADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, CATEGÓRIA EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CONSOP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *17/8/14*

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: *0408040190 5730 1799*

Ataop - 0408050098



*Luís de Paiva, M.D.*

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.08.19 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Lesão do fêmur esquerdo*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Artroscopia*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Artroscopia*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *lesão*

CIRURGIÃO: *Luís de Paiva*

1ª AUXILIAR: *Fátima C. Espinosa*

2ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3ª AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

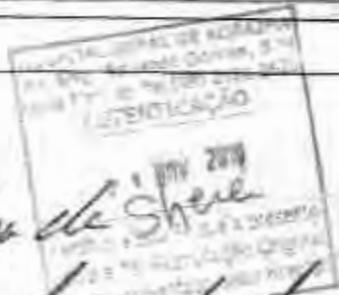
ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

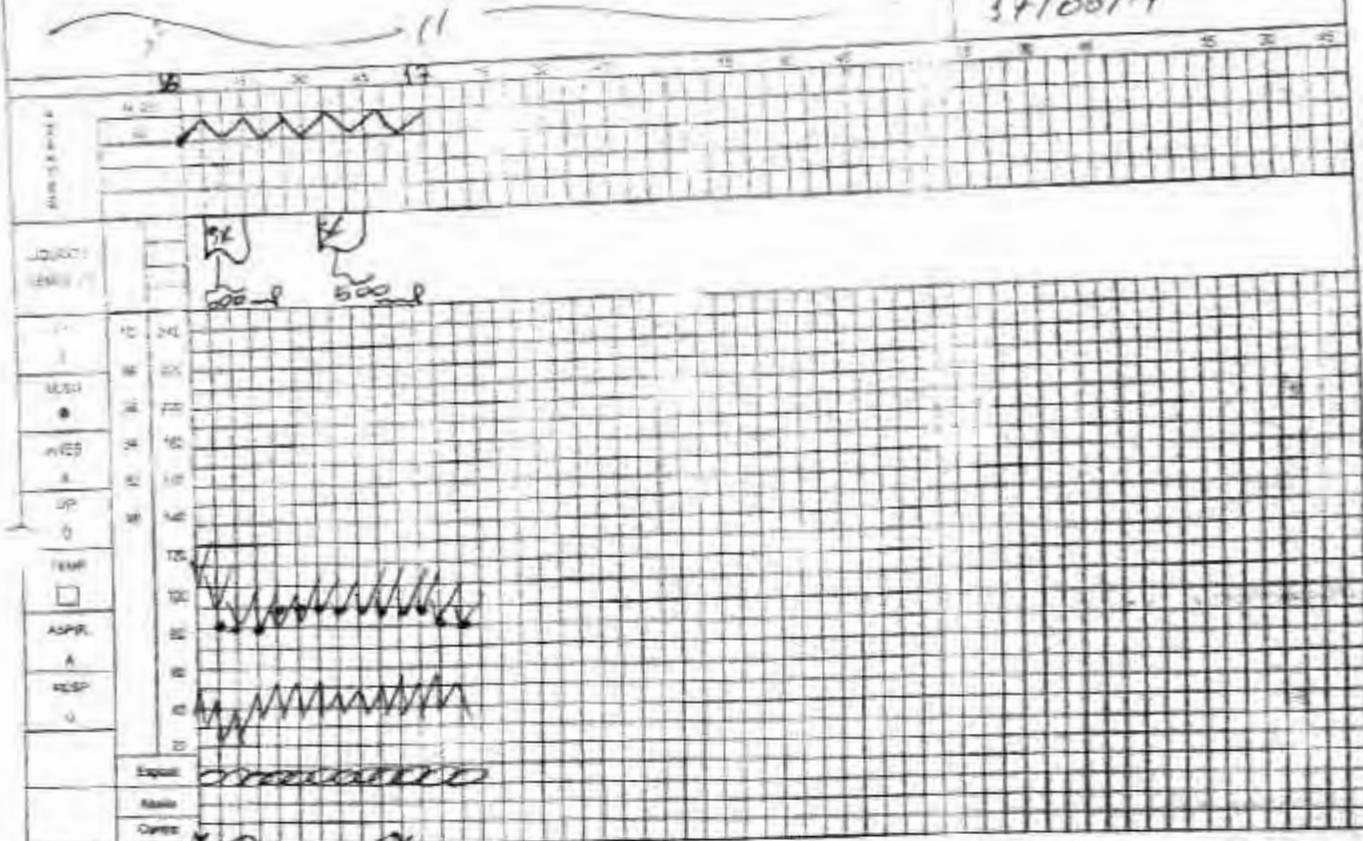
RELATÓRIO CIRÚRGICO



- ① Cortar o osso fêmur artificial
- ② ~~artroscopia~~ manobra de alhar patz de Shere
- ③ Redução do quadril esquerdo patz de
- ④ Control patológico por suturas fúndas de
- uma para patz fúndas.
- ⑤ manobra para fazer estabilidade, opto-se
- Por colocação de fúndas e quadril patz de
- com f. 5. 4.0mm. ① unites ② fpa.

*[Handwritten signature]*

37/08/19



SPO2  
 PA  
 PVS  
 A  
 UP  
 TEMP  
 ASPR  
 RESP  
 EQUIL  
 ABIL  
 CURS

RESUMÃO	DIAGNÓSTICO	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1	Supracardial 30mg	Supracardial	2 mon. low. ppq - + decupar
2		Supracardial	3) Supracardial 30mg
3		Supracardial 30mg	iontom em decal 70%
4		Supracardial	+ Puncão 20-25mm 6.11x
5		Supracardial	agulha 26 G de Quincke
6		Supracardial	Medicamento em casa sem
7		Supracardial	distúrbio 1.4mm claud
8		Supracardial	Nenoteseo.
9		Supracardial	10) Injeção de ppq 30mg
10		Supracardial	
11		Supracardial	
12		Supracardial	
13		Supracardial	
14		Supracardial	
15		Supracardial	
16		Supracardial	
17		Supracardial	
18		Supracardial	
19		Supracardial	
20		Supracardial	
21		Supracardial	
22		Supracardial	
23		Supracardial	
24		Supracardial	
25		Supracardial	
26		Supracardial	
27		Supracardial	
28		Supracardial	
29		Supracardial	
30		Supracardial	

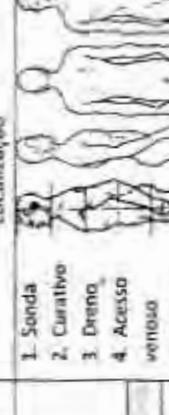
Redução luxação da Anodul  
 Dr. Roberto M. Rogério  
 Médico CRM/RG 1424  
 Especialista RQE 1161

- 50 mg 10ml
- 45 min
- 3) Efedrina 5mg 10ml
- 4) Atenolol 20mg 10ml
- 5) Dexametasona 2mg 10ml
- 6) RT disposto ao RAS



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

Nome: Lucas de Sene Silva Data de Nascimento: 10/11/85 Idade: 33 Setor/Leito: 67 Data: 17/08/19  
 Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (  ) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (  ) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta: <u>luxação fratura humeral D</u> 1. Informações: Jejum ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Prótese ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Exames ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Reserva UTI ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Lateralidade ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não PNE ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Alergia ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Outros: _____ 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando ( ) Com Suporte de O2 ( ) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado 3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>66</u> bpm PA: <u>134 x 73</u> mmHg SAT: <u>96</u> % ( ) Regular ( ) Irregular				Entrada na Sala: <u>15:40</u> Início da Anestesia: <u>16:00</u> Início da Cirurgia: <u>16:05</u> Término da Cirurgia: <u>16:50</u> Término da Anestesia: _____ Cirurgia Realizada: <u>luxação fratura humeral D</u> Anestesia: <u>raqui-epidural</u> Posicionamento: <u>D dorsal</u> Hidratação Infundida: <u>500ml</u> Antibiótico: _____ Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ SF 0,9%: <u>500ml</u> CH: _____ SG 5%: _____ Plásmia: _____ Outros: _____ Plaquetas: _____ N° de Compressas oferecidas: _____ Anátomo Patológico: ( ) Não ( ) Sim N° de Compressas recolhidas: _____ N° Peças: _____ Exames na SO: ( ) HT ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: _____				Anestesia: <u>Raqui</u> Localização:  1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: <u>tração</u> Observações: _____ Hora: _____ Dreno/Qual: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____ Hora: _____ Dreno/Qual: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____ Hora: _____ Dreno/Qual: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____			
4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>paciente em boas condições</u> <u>paciente em boas condições</u> <u>paciente em boas condições</u> <u>paciente em boas condições</u> <u>paciente em boas condições</u> Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>35</u> bpm PA: <u>110 x 70</u> mmHg SAT: <u>99</u> % ( ) Regular ( ) Irregular Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____				Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) Entrada: SNG/Volume: _____ CH: _____ Medicação: <u>400cc</u> Saída: Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____ ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) <u>paciente em boas condições de saúde</u> <u>paciente em boas condições de saúde</u>							

DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Plano: Levar de guerra 5.100  
Nível: 100% Pa. Quilo

Anestesia: Dr. Europe / Re. Espinal

**SALA DE OPERAÇÃO**  
PACIENTE: OP-FRMOU

**SALA DE OPERAÇÃO**  
(Sala Operatória)

PACIENTE: OP-FRMOU

**SALA DE OPERAÇÃO**  
(Sala Pós-Operatória)

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:  
( ) Identificou  
(X) Não identificou

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:  
(X) Identificação do paciente  
(X) Sítio cirúrgico  
(X) Procedimento

TESTE DE ALERGIA:  
(X) Não se aplica

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

TESTE DE PULSO:  
(X) Não se aplica

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

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
( ) Não se aplica

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

PROXIMIDADE DO PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

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

ALERGIA CONHECIDA  
(X) Não

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

QUANTIDADE DE SANGUE DE ASPIRAÇÃO  
(X) Não

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

QUANTIDADE DE SANGUE > 500 ml  
(X) Não

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

PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
(X) Sim ( ) Não

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado de indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.  
Características: Paciente em Sala de Operações (Sala de)  
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
(X) Não se aplica  
( ) Sim, Quant: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

1898 S/O  
Assinatura

ASSINATURA DO CIRURGIÃO  
Ant. Francisco Guerra  
Assistente de Cirurgia

Bloco A. n.º 70

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DM		
PACIENTE <i>Diogo de Jesus Brito</i>					
AGNÓSTICO <i>de contabilidade e direito quadrul, instrutor de caban-jurial</i>					
ALERGIAS <i>ning</i>		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA		<i>27/08/14</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN/D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>16 22 10</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>10 10 10</i>
6	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
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				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>18 28 05 12</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>22 10</i>
12					
13	<i>Operação de joelho se não der</i>				
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<del>SN</del>
17	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>10 10</i>
18	CURATIVO DIÁRIO				<i>10 10</i>
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	<i>100 x 70</i>	<i>70</i>		<i>36</i>
24 H	<i>100 x 63</i>	<i>89</i>		<i>36,9°</i>

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: lucas de souza silva		
DIAGNÓSTICO: fr. quadril D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
	maca 70	18/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	BS
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	a
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	a
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	<del>de 12h a 18h</del>
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	a
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	x
11	SSVV + CCGG 8/8 H	u
12	CURATIVO DIÁRIO	u
13	illexan 400 SC 1x/d	u
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
<p><b>SE DIABÉTICO</b> 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</p>		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6H	PA	FC	FR	
12 H	130 + 10	80		36,6
18 H	135 + 10	70		36,6
24 H	114 + 79	74		36,7
06 H	123 / 84	92	-	36,3°C

Dr. Fernando Rezende  
 CRM-RR 2007  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

07

A-70

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	33	LEITO	70	DATA 19/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre			SUB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			M ANTEL
3	SF 0.9% 500ML EV S/N			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT			
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN			
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN			
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			
13	CLINDAMICINA 600MG VO OU EV DE 6/6H			
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			
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 DL/ML. GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA.
- # SOLICITADO:
- # CONDUITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Vitor Montenegro  
 Traumatologia - Ortopedia  
 CRM-RR 658

06hs: Paciente no corredor do bloco, não deambular, feito SSVV, medicação CPM, sem queixas no momento.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	150/77	93	22	36,2
18 H	110/70	90		36,1
24 H	134/82	90	20	36,4

06hs: P.A.: 123/82  
 T: 36,6°C  
 FC: 83  
 FR: 19

12hs paciente no leito, deitado, sem queixas, sem medicação.

Fernando Gonçalves Barbosa  
 Técnico de Enfermagem  
 CRN-RR 985.027.77

T.E Antônio  
 Anm. 78422



## FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: A-70

### I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: ( ) SIM ( ) NÃO ENTRADA: 17/08/2019  
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA...)

### II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Rucas de Sousa Silva  
DATA DE NASCIMENTO: 10/11/85 IDADE: 33 anos  
SEXO: ( ) FEM. (x) MASC. TELEFONE: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Rua Quatzen  
Nº 761 BAIRRO: Novo Cidade CIDADE: Boa Vista/RR  
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: Antônio da Silva  
PARENTESCO: pai CONTATO: 991417789 (mãe/Roraima)  
POSSUI DOCUMENTOS: ( ) SIM ( ) NÃO  
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, QUAL? \_\_\_\_\_  
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) BPC ( ) APOSENTADORIA ( ) AUXÍLIO DOENÇA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

### III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

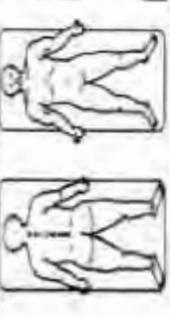
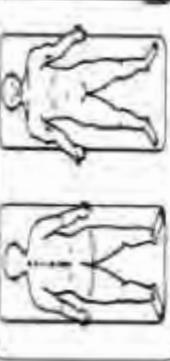
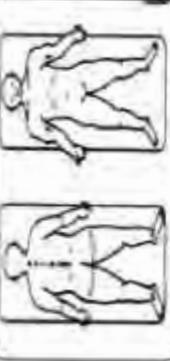
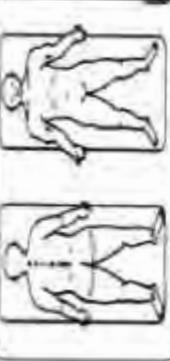
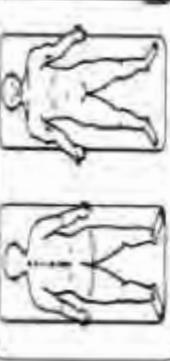
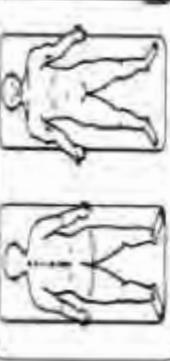
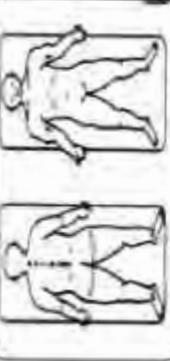
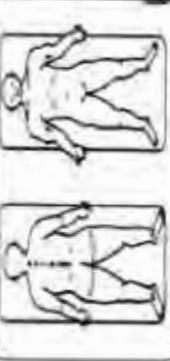
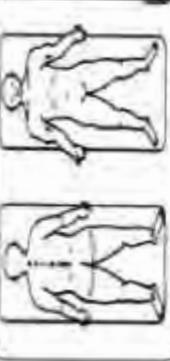
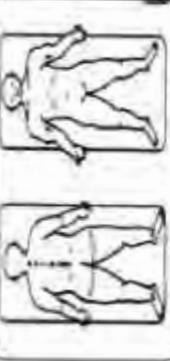
Paciente vítima de acidente moto/veículo. Tem conhecimento do seguro DPVAT, está na companhia do pai. Ambos devidamente acolhidos e orientados sobre a rotina do hospital.

ASSISTENTE SOCIAL Maria do Rosário Prado Corduro

DATA: 19/08/2019

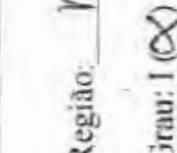
**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - <b>HGR</b>	Paciente: <i>Lucas de Sousa Silva</i>	Data: <i>10/10/2019</i>		
	Leito: <i>70</i>				

Localização		Região: <i>pé direito</i> Grau: I ( ) II ( )		Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <i>D</i> Fração <i>D</i> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____		( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____	( ) 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: _____		( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido <i>leve</i> ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido <i>leve</i> ( ) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário <i>diária</i> ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário <i>diária</i> ( ) 48/48h		( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonildy Maria Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RN 157.957/E	Selma Raubi F. de Silva Técnica em Enfermagem COREN-RN 157.957/E	Adonildy Maria Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RN 157.957/E	Selma Raubi F. de Silva Técnica em Enfermagem COREN-RN 157.957/E
Observações:				

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Lucas de Sousa Silva</i>	Data: <i>20/08/19</i>		
		Leito: <i>70</i>			

Localização			Região: <i>MID</i> Grau: <i>I</i> ( <input checked="" type="checkbox"/> ) <i>II</i> ( )		Região: _____ Grau: <i>I</i> ( ) <i>II</i> ( )
Etiologia	( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	( ) LPP I III IV 7* ( ) 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 _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____
Pele Periferecional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Alcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Maria de Fátima N. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 1448.708	<i>Luciene Morcini</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-SP 153.554			

A70 (carrada)

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNOSTI: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETABULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: 70 DATA: 21/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL livre	SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANHA
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12:00, 18:00, 06:00
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	12:00, 06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	12:00, 06:00
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	12:00, 06:00
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	06:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	06:00
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	12:00, 06:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	06:00
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	06:00
14	SSVV + DCGG 6/6 H	06:00
15	CURATIVO DIÁRIO	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTO ANTERIOR SEM QUEIXAS ALGUMAS
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EU + NENCO, NDM, MOCROADO, INDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUEMÉTICA SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS
- # SOLICITADO:
- # CONDUITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

Okh. Pt tranquilo, no leito, sem queixas de dor, adm medicações conforme prescrição médica.

Seguir com cuidados de enfermagem.

Diário

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	123x66	83	36°C
18 H	120x70	76	36,2°C
24 H	121x70	78	36,2°C

355/68 89

*[Handwritten signature]*

no. 056 - Realização coleta de se pt exame, entrega ao labor: PAS 12h + pt. seguir na mesa rector), medicado, CPNT, o pr serv

Inete Santos da Técnica em Enfermagem

A - ~~117-1~~  
117-1

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 33 LEITO 70 DATA 22/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mantido
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	S/N
5	CURATIVO DIÁRIO	Mantido
6	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6	S/N
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	S/N
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	S/N
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	S/N
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
14	SSVV + CCGG 6/6 H	Café / Dor
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.  
# SOLICITADO:  
# CONDUITA: MANTIDA.  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	83	17	36.6°C
18 H	110x70	60	19	36.5°C
24 H	100x60	80	-	37.2°C

12.00h Afianças SSUV

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-RR 12437

PA 120x70  
FC 87

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Lucas de Sousa Silva

Leito:

Data: 22/12/2017

Localização		Região: <u>perna direita</u>		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( )	<input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros
Pele Periferecional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Araújo Técnico de Enfermagem CRM: 407795/TE	Adonildes Vieira Araújo Técnico de Enfermagem CRM: 407795/TE	Adonildes Vieira Araújo Técnico de Enfermagem CRM: 407795/TE	Adonildes Vieira Araújo Técnico de Enfermagem CRM: 407795/TE
Observações:				

117-1

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: 117-1 DATA: 23/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL livre	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SND
5	CURATIVO DIÁRIO	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTE	SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SND
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	3:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	3:00
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	18:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SND
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND
14	SSV + CCGG 6/6 H	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

NEO USM da FARMACIA

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 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATÓRIAS.
- # SOLICITADO:
- # CONDUITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

06h. PA 100x60 P. B2. T. 36.5°

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR	
	12 H	122x62	87	16	36.5°
	18 H	100x60	89	-	36.3°
	24 H	100x60	21		36.7°

12:00h. Afenido SSVU. Febre 38.2°

*[Signature]*  
 DR. ...  
 CRM 12441/ROR

10:00 PCE sem queixa adm. malacia com SSVU sem alterações

06h. Afenido SSVU

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



FEDIDO DE PARECER

STUDIANTE

NOME: Lucas de Sousa Silva

IDADE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

BLOCO: A INFIRMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: 117-1

UTI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Otopedias

PARA: Bucomaxilo

Dados Clínicos:

paciente jovem com queixa em relação de fratura óssea com dor intensa em região de maxila inferior esquerda em condado oral. Solto oviducto e ceratito. BRITO!

23.08.19  
Data

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Otopedia e Traumatologia  
CRM 100.000  
Médico

Paciente avaliado pela Bucomaxilo, ao exame clínico, aparentemente não houve fratura em face, foi radiado RT para conclusão do diagnóstico. Apresenta lacrimação em região de dente inferior e ulna traumática em labio sup. CD: de dano da função + elevação 0,12%.

Dr. Silvano Ruiz De Silva  
Médico Residente  
Otopedia e Traumatologia  
CRM 100.000  
Médico

26.08.19  
Data

117-1

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: 117-1 DATA: 24/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manuten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	S/N
5	CURATIVO DIÁRIO	manuten
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTE	S/N
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	Atuase
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	1006 WTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	S/N
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	S/N
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	S/N
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
14	SSVV + CCGG 6/6 H	manuten
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGÍCAS.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL, COM QUEIXA ALGÍCA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUITA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	140x96	FC 88	FR 14	36°C
12 H	110x60	84		36,9°C
18 H	100x70	90		36,3°C
24 H	130x90	100	14	36,8°C

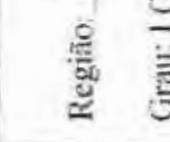
Dr. [Signature]  
 117-1  
 08/2019

Após 15h de procedimento realizado sem queixas algícas. Medica C/PAM O/1km

117-1

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2011
	Tratamento de Feridas - HGR				
Paciente: <b>LUCAS DE SOUZA SILVA</b>			Data: <b>24/08/19</b>		
Leito: <b>117-D</b>					

Localização			Região: <b>MID</b>		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP III IV * <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP III IV * <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LPP III IV * <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<b>Bruno S. Pereira</b> Tecnólogo em Gerontologia COREN-PR 616.368	<b>Maria de Fátima N. Viana</b> Acreditada em Gerontologia COREN-PR 449.703			
Observações:					



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTIC LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 33 LEITO 117-1 DATA 25/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL livre	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	S+V
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	manhã
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H SN	SP
5	CURATIVO DIÁRIO	M.
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	S+V
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SP
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	(06)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SP
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SP
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SP
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SP
14	SSVV + CCGG 6/6 H	16
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
# SOLICITADO:  
# CONDUITA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1822/RR

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

**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Lucas de Souza Sales

Data: 25/08/19

Leito: 117.1

Localização		Região: <u>M.D</u> Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )		Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV 7* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose; Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose; Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose; Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose; Amarela/Negra ( ) Esfáceo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

117-1

DATA DE ADMISSÃO \_\_\_\_\_ DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTI LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 33 LEITO 117-1 DATA 26/08/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL livre	SNA
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	WATER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	<del>de 7h a 23h</del>
5	CURATIVO DIARIO	CLINICO
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTE	<del>de 7h a 23h</del>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM -	<del>de 7h a 23h</del>
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.  
 EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSEQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
 SOLICITADO:  
 CONDUITA: MANTIDA  
 PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 PREVISÃO DE ALTA:

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten notes and stamps]*  
 26/08/2019  
 11h 20  
 117-1  
 SNA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	105x67	87	36.6
18 H	100x70	80	36.5
24 H			

*Plantão matutino realizado.  
 Pet. de acordo com LOTE, realizado  
 SSVV e medicação de horário  
 reposta por e administrado  
 item 4.*

06h: PA: 110x70  
 P: 89  
 T: 36.8°C

117-1

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: 117-1 DATA: 27/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	24h
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	24h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	24h
5	CURATIVO DIÁRIO	24h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTEN	24h
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL.0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	24h
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	24h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	24h
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	24h
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	24h
14	SSV + CCGG 5/6 H	24h
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUITA: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

*Dr. Dalson Brito*  
 Cirurgião Traumatologista  
 CRM-RR 117

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	58x89	78	-	36,3
18 H	100x70	101	-	36,8
24 H	100x70	86	-	36,2

Ob. 100 + 60 SN  
 paciente no leito, vigília, orientado, sem  
 queixas, diurese presente. Segue sob cuidados da equipe.

*Kenany S. Vasconcelos*  
 Ter. de Enfermagem  
 COREN-RR 1248-368

117-1

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: 117-1 DATA: 28/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	7:30
5	CURATIVO DIÁRIO	CURADO
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTE	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5
14	SSVA + CCGG 6/6 H	6:00
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
 ENCONTRADO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, EXAME FÍSICO: BEG, ADIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCÓRADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS, PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUETXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
 B SOLICITADO.  
 C CONDIÇÃO MANTIDA.  
 F PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA.  
 P PREVISÃO DE ALTA.

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	12 x 8	86	34
18 H	120/70	97	37
24 H	111/69	90	

11 Paciente no leito  
 com fratura de SSVV sem  
 fraturas  
 06 h PA = 104 x 74 mmHg  
 FC = 84 bpm

Dr. Manoel de A. Trindade  
 Ortopedia/Traumatologia  
 CRM RR 1243 / RQE 450

117-1

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTI: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: 117-1 DATA: 28/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	S/S
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	CURATIVO DIÁRIO	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMÉPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40.GOTAS VO DE 8/8 H SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN.	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
14	SSV + CCGG 6/6 H	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:  
 # ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.  
 # EXAME FÍSICO: BEG ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACO TRANSQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL. COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUÇÃO: MANTIDA  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	118 x 67	94	36,4°
18 H	110 x 70	90	36,2°
24 H	105 x 63	87	36,9°

12:00h / 17/8/19  
 de Lucas de Sousa Silva  
 Roraima Marcelo de S. Campelo  
 Tcc. Enfermagem  
 REN-RR 1243 / RQE 1243

Dr. Marcelo Artur da  
 Ortopedia/Traumatologia  
 CRM-RR 1243 / RQE 1243

18:00 HS paciente no leito com o el ssv preservado.  
 Dr. Marcelo  
 17/8/19

EVOLUÇÃO DO CIDADÃO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

BLOCO/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

ALTA: 29/19

DATA DA

IMPRESSÃO CLÍNICA:

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE INTERNAÇÃO:

TRATAMENTOS REALIZADOS:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNÓSTICO(S) NA ALTA:

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA E CARIMBO

## SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	15/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				12h 18h
4	TENOXICAN 20MG EV 12-12H				18h 5h
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 2% EV DU 01 CP 50MG VO DE 8/8 H SN				5h
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				06h
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				5h
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	CURATIVO DIARIO SN				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				7h - 5h
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

## EVOLUÇÃO MÉDICA

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	C
6 H	120/80	75	18	36,5°C	+	+
12 H						
18 H	120/70	75	18	36,5°C	+	+
24 H					+	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:







SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DM	
ACIDENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	14/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				12h
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				24h
3	DIPIRONA 1G EV B/6H SN				1)
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				2)
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8 H SN				3)
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				26
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				27
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				28
9	CURATIVO DIARIO SN				29
10	SSV + CCGG 8/8 H				30
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

EVOLUÇÃO MEDIC

DR MARCOS BRUNELLI  
CRM 1917

~~DR MARCELO MARQUES  
CRM 1928~~

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	120	75		36,5	+	-
12 H	133/70	67		36,5	+	-
18 H	120/80	76		36	+	-
24 H	120/80	76		36	+	-

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: [Signature]

SAE-SISTEMATIZADA



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	424	DATA	13/9 2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				NAH
3	DIPIRONA 1G EV 6/8H SN				S/N
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				AS
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 2/24 EV DIV DI 07/2019 VO DE 6/8H SN				S/N
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				OG
7	SIMPLICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				S/N
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	CURATIVO DIÁRIO SN				H
10	SSVV + CCGS 6/6 H				6/6
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

14

EVOLUÇÃO MEDIC

DR MARCUS BRUNHEH  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	S	F
6 H	110/70	86	19	36,3E	+	+
12 H	110/70	84		36,3E	+	+
18 H	110/70	82		36,4	+	+
24 H	110/70	86	18	36,4E	+	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA					
DIAGNÓSTICO: LUX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	424	DATA	12/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
4	TENOXIGAN 20MG EV 12/12H				
5	FRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU OI CP 50MG VO DE 8/8H S				
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
10	CURATIVO DIARIO SN				
11	SSIV + CCGG 6/6 H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 1SC  
CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI  
351-400 8UI > 400 10 UI E OU GLICOSE > 70 U/L ML GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVALIAR PLANTARISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG. SUPLENIC. NÓRMOCORADO E AFEBRIL  
AS NVL SEM RA  
AR SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
SEM DUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
CH MANTIDO SUPORTE CLINICO  
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOI

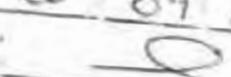
DR MARCELO BRUNNER  
CRM / RR 1917

DR MARCELO  
MARIQUES  
CRM / RR 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	90/70	72	19	36,0	+	
12 H	90/70	72	19	36,0	+	
18 H	90/70	72	19	36,0	+	
24 H	90/70	72	19	36,0	+	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: 



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

FORMULAÇÃO: \_\_\_\_\_ NOME: \_\_\_\_\_ SOBRENOME: \_\_\_\_\_ SEXO: ( ) M ( ) F IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LITRO: \_\_\_\_\_ HID: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ SERVIÇO: ( ) INTERNA ( ) F. IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ KG. LITRO: \_\_\_\_\_

\* ATRIBUIÇÃO: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONDIÇÃO DE CATETER RES E SONDAS	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO			
SONDA NÁSAL			
SONDA NASOGÁSTRICA			
SONDA NÁSAL-SEPTAL			
SONDAS - SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ DATA: _____			

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTOS 2. AGLORAÇÃO 3. HEMATOMAS 4. DEFORMIDADES 5. PRATICA EXPOSTA 6. ESCRANAS 7. AMPUTAÇÃO

LESÕES

1. FERIMENTOS POR PRESSÃO SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III ( )

CABEÇA PESQUISA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) SEDADO ( ) ACETAL ( ) COMATOSO ( ) DESORIENTADO

PIRÂMIDES: ( ) REACTANTE ( ) NÃO REACTANTE ( ) POUCO REACTANTE ( ) ANISOCÓRICAS ( ) SIMULADAS

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINuíDA

ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) TRANSMISSA

VIAS NASAS SUPERIORES: ( ) PERFIAS ( ) OBTURADAS

VIAS NASAS INFERIORES: ( ) PERFIAS ( ) TRANSMISSAS

OCOS:

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: \_\_\_\_\_

RESPIRAÇÃO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

FREQUÊNCIA: ( ) NORMAL ( ) TAQUIPNEÚ ( ) BRADIPNEÚ ( ) DISPNEÚ

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) DESEMPENHADOS

RUIDOS ADVERTIDOS: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES

TOSSES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES

EXPECÇÃO: \_\_\_\_\_

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HIPERTENSA ( ) NORMAL ( ) HIPOTENSA ( ) TENDENTE À HIPERTENSA ( ) HIPOTENSA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORMAL ( ) ALTA ( ) BAIXA

APARELHO CARDIOVASCULAR

ARTIMIO CARDÍACO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

PERCUSSÃO PULMONAR: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

PULSO PERIFÉRICO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

PULSO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABDOME: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

PERCUSSÃO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

TOSSES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES

EXPECÇÃO: \_\_\_\_\_

APARELHO GASTROINTESTINAL

ABDOME: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

PERCUSSÃO: ( ) NORMAL ( ) ANORMAL

TOSSES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES

EXPECÇÃO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO

( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

1. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

2. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

3. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

4. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

5. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

6. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

7. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

8. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

9. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

10. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

11. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

12. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

13. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

14. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

15. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

16. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

17. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

18. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

19. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

20. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

21. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

22. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

23. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

24. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

25. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

26. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

27. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

28. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

29. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

30. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

31. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

32. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

33. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

34. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

35. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

36. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

37. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

38. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

39. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

40. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

41. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

42. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

43. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

44. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

45. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

46. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

47. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

48. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

49. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

50. SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE... ( ) SÍNDROME DE...

PREScrições de Enfermagem

1. MANUTER VÍAS AFIRMADAS

2. REALIZAR CURSOS CURSOS

3. VERIFICAR SINAIS VITAIS DE \_\_\_\_\_

4. MANUTER MONITORIZAÇÃO

5. MANUTER CÂMBIO LÍQUIDO

6. ASPIRAR VAS TUBO

7. VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

8. ATIVAR PARA OIBAS ALGAS

9. ATENÇÃO PARA MANUTENÇÃO E SÓMIOS

10. OBSERVAR PRATICA DE HIGIENE

11. MANUTER ACESSOS VENOSOS PERFIAS

12. REALIZAR CONTROLE HIGIENICO DE \_\_\_\_\_

13. OBSERVAR COMUNICAÇÃO E REGISTRAÇÃO

14. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

15. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

16. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

17. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

18. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

19. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

20. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

21. OBSERVAR AUTOCUIDADO

22. REALIZAR BANHO NO LITTO

23. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

24. REALIZAR CURATIVO DADO

25. VERIFICAR SINAIS VITAIS

26. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

27. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

28. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

29. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

30. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

31. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

32. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

33. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

34. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

35. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

36. OBSERVAR AUTOCUIDADO

37. REALIZAR BANHO NO LITTO

38. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

39. REALIZAR CURATIVO DADO

40. VERIFICAR SINAIS VITAIS

41. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

42. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

43. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

44. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

45. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

46. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

47. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

48. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

49. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

50. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

51. OBSERVAR AUTOCUIDADO

52. REALIZAR BANHO NO LITTO

53. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

54. REALIZAR CURATIVO DADO

55. VERIFICAR SINAIS VITAIS

56. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

57. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

58. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

59. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

60. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

61. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

62. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

63. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

64. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

65. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

66. OBSERVAR AUTOCUIDADO

67. REALIZAR BANHO NO LITTO

68. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

69. REALIZAR CURATIVO DADO

70. VERIFICAR SINAIS VITAIS

71. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

72. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

73. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

74. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

75. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

76. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

77. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

78. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

79. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

80. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

81. OBSERVAR AUTOCUIDADO

82. REALIZAR BANHO NO LITTO

83. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

84. REALIZAR CURATIVO DADO

85. VERIFICAR SINAIS VITAIS

86. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

87. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

88. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

89. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

90. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

91. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

92. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

93. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

94. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

95. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

96. OBSERVAR AUTOCUIDADO

97. REALIZAR BANHO NO LITTO

98. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

99. REALIZAR CURATIVO DADO

100. VERIFICAR SINAIS VITAIS

101. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

102. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

103. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

104. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

105. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

106. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

107. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

108. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

109. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

110. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

111. OBSERVAR AUTOCUIDADO

112. REALIZAR BANHO NO LITTO

113. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

114. REALIZAR CURATIVO DADO

115. VERIFICAR SINAIS VITAIS

116. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

117. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

118. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

119. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

120. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

121. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

122. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

123. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

124. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

125. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

126. OBSERVAR AUTOCUIDADO

127. REALIZAR BANHO NO LITTO

128. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

129. REALIZAR CURATIVO DADO

130. VERIFICAR SINAIS VITAIS

131. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

132. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

133. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

134. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

135. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

136. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

137. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

138. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

139. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

140. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

141. OBSERVAR AUTOCUIDADO

142. REALIZAR BANHO NO LITTO

143. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

144. REALIZAR CURATIVO DADO

145. VERIFICAR SINAIS VITAIS

146. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

147. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

148. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

149. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

150. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

151. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

152. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

153. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

154. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

155. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

156. OBSERVAR AUTOCUIDADO

157. REALIZAR BANHO NO LITTO

158. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

159. REALIZAR CURATIVO DADO

160. VERIFICAR SINAIS VITAIS

161. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

162. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

163. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

164. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

165. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

166. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

167. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

168. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

169. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

170. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

171. OBSERVAR AUTOCUIDADO

172. REALIZAR BANHO NO LITTO

173. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

174. REALIZAR CURATIVO DADO

175. VERIFICAR SINAIS VITAIS

176. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

177. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

178. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

179. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

180. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

181. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

182. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

183. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

184. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

185. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

186. OBSERVAR AUTOCUIDADO

187. REALIZAR BANHO NO LITTO

188. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

189. REALIZAR CURATIVO DADO

190. VERIFICAR SINAIS VITAIS

191. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

192. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

193. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

194. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

195. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

196. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

197. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

198. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

199. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

200. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

201. OBSERVAR AUTOCUIDADO

202. REALIZAR BANHO NO LITTO

203. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

204. REALIZAR CURATIVO DADO

205. VERIFICAR SINAIS VITAIS

206. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

207. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

208. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

209. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

210. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

211. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

212. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

213. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

214. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

215. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

216. OBSERVAR AUTOCUIDADO

217. REALIZAR BANHO NO LITTO

218. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

219. REALIZAR CURATIVO DADO

220. VERIFICAR SINAIS VITAIS

221. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

222. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

223. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

224. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

225. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

226. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

227. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

228. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

229. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

230. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

231. OBSERVAR AUTOCUIDADO

232. REALIZAR BANHO NO LITTO

233. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

234. REALIZAR CURATIVO DADO

235. VERIFICAR SINAIS VITAIS

236. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

237. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

238. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

239. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

240. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

241. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

242. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

243. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

244. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

245. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

246. OBSERVAR AUTOCUIDADO

247. REALIZAR BANHO NO LITTO

248. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

249. REALIZAR CURATIVO DADO

250. VERIFICAR SINAIS VITAIS

251. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

252. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

253. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

254. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

255. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

256. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

257. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

258. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

259. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

260. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

261. OBSERVAR AUTOCUIDADO

262. REALIZAR BANHO NO LITTO

263. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

264. REALIZAR CURATIVO DADO

265. VERIFICAR SINAIS VITAIS

266. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

267. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

268. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

269. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

270. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

271. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

272. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

273. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

274. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

275. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

276. OBSERVAR AUTOCUIDADO

277. REALIZAR BANHO NO LITTO

278. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

279. REALIZAR CURATIVO DADO

280. VERIFICAR SINAIS VITAIS

281. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

282. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

283. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

284. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

285. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

286. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

287. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

288. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

289. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

290. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

291. OBSERVAR AUTOCUIDADO

292. REALIZAR BANHO NO LITTO

293. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

294. REALIZAR CURATIVO DADO

295. VERIFICAR SINAIS VITAIS

296. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

297. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

298. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

299. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

300. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

301. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

302. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

303. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

304. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

305. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

306. OBSERVAR AUTOCUIDADO

307. REALIZAR BANHO NO LITTO

308. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

309. REALIZAR CURATIVO DADO

310. VERIFICAR SINAIS VITAIS

311. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

312. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

313. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

314. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

315. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

316. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

317. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

318. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

319. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

320. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

321. OBSERVAR AUTOCUIDADO

322. REALIZAR BANHO NO LITTO

323. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

324. REALIZAR CURATIVO DADO

325. VERIFICAR SINAIS VITAIS

326. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

327. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

328. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

329. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

330. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

331. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

332. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

333. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

334. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

335. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

336. OBSERVAR AUTOCUIDADO

337. REALIZAR BANHO NO LITTO

338. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

339. REALIZAR CURATIVO DADO

340. VERIFICAR SINAIS VITAIS

341. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

342. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

343. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

344. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

345. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

346. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

347. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

348. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

349. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

350. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

351. OBSERVAR AUTOCUIDADO

352. REALIZAR BANHO NO LITTO

353. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

354. REALIZAR CURATIVO DADO

355. VERIFICAR SINAIS VITAIS

356. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

357. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

358. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

359. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

360. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

361. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

362. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

363. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

364. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

365. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

366. OBSERVAR AUTOCUIDADO

367. REALIZAR BANHO NO LITTO

368. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

369. REALIZAR CURATIVO DADO

370. VERIFICAR SINAIS VITAIS

371. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

372. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

373. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

374. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

375. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

376. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

377. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

378. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

379. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

380. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

381. OBSERVAR AUTOCUIDADO

382. REALIZAR BANHO NO LITTO

383. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

384. REALIZAR CURATIVO DADO

385. VERIFICAR SINAIS VITAIS

386. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

387. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

388. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

389. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

390. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

391. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

392. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

393. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

394. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

395. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

396. OBSERVAR AUTOCUIDADO

397. REALIZAR BANHO NO LITTO

398. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

399. REALIZAR CURATIVO DADO

400. VERIFICAR SINAIS VITAIS

401. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

402. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

403. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

404. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

405. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

406. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

407. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

408. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

409. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

410. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

411. OBSERVAR AUTOCUIDADO

412. REALIZAR BANHO NO LITTO

413. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

414. REALIZAR CURATIVO DADO

415. VERIFICAR SINAIS VITAIS

416. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

417. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

418. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

419. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

420. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

421. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

422. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

423. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

424. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

425. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

426. OBSERVAR AUTOCUIDADO

427. REALIZAR BANHO NO LITTO

428. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

429. REALIZAR CURATIVO DADO

430. VERIFICAR SINAIS VITAIS

431. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

432. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

433. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

434. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

435. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

436. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

437. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

438. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

439. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

440. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

441. OBSERVAR AUTOCUIDADO

442. REALIZAR BANHO NO LITTO

443. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

444. REALIZAR CURATIVO DADO

445. VERIFICAR SINAIS VITAIS

446. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

447. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

448. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

449. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

450. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

451. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

452. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

453. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

454. REALIZAR DEBITO \_\_\_\_\_

455. EVITAR MANUTENÇÃO AD BAVO DE ASPERSSAS

456. OBSERVAR AUTOCUIDADO

457. REALIZAR BANHO NO LITTO

458. REALIZAR MANUTENÇÃO DE DEBITO

459. REALIZAR CURATIVO DADO

460. VERIFICAR SINAIS VITAIS

461. REALIZAR MANUTENÇÃO DE COMFORTO

462. ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO

463. OBSERVAR E REGISTAR REGULAÇÃO DE

464. VERIFICAR E REGISTAR SINAIS

465. AVANAR REGISTRO GASTRO ANTES DA

466. MANUTER SÍMULAS ABDOMINAIS

467. ESTIMULAR E REGISTAR ACETIAÇÃO DA

468. MANUTER SÍMULAS ABD

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTI	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	424	DATA	15/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			H/acc	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN			SM	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H			AS	
5	THAMAL 50MG + 100ML SF 0.9% EV OU 21 CP 50MG VO DE 8/8H SN			SM	
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA			100	
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN			S/N	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			SM	
9	CURATIVO DIÁRIO SN			H	
10	55VV + CCGG 6/6 H			Dermic	
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)  
CONFORME ESQUEMA: 200 250 200 250 300 400 300 250 600  
750 400 800 > 400 10 UI E 100 GLICOSES 70 0L ML GLICOSE 50  
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

REG. EDUATIVO: NORMOCORADO E AFEBRIL  
AR. MV: S/LA RA  
AR. SEM ALTERAÇÕES  
TAMBUROS COM PULSOS + F. BOA PERFUSÃO  
SEM QUÍBRAS OU INTERCORRÊNCIAS  
ED. MANTIDO SUPORTE CLÍNICO  
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPE

DR MARCUS BRUNLER  
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MANTUILLI  
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	120/70	74		35,1°	+	0
12 H						
18 H	120/70	73		35,1°	+	0
24 H	120/70	74		35,1°	+	0

Gilberto Abel de Silva  
F. de C. de Roraima  
CRM / RR: 1918

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:

9

Medicinas - Paciente em tratamento em ortopedia. Aguardando retorno! Gordinho



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA		
DIAGNÓSTICO LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO		
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA
	424	10/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	END
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MODU
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	6/6H
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	12/12H
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN	8/8H
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	1X/DIA
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	8/8H
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	5/DIA
9	CURATIVO DIARIO SN	
10	SSV + CCGG 6/6 H	6/6H
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SCI)  
CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI  
351-400 8UI 401-450 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE > 210  
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG. EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL  
AR. MVF SEM RA  
AB. SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
CD. MANTIDO SUPORTE CLINICO  
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPE

DR. MARCUS BRUNNER  
CRM / RR 1917

DR. MARCELO MARQUES  
CRM / RR 1918

Dr. José de Jesus Aguiar  
CRM RR 556

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	117/83	64		36,2	+	+
12 H	130/80	67		35,9	+	+
18 H	111/86	73	20	36,0	+	+
24 H						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - ICC**

Protocolo nº 1 | Agenda 09

Data de Publicação  
12/07/2013

Atualizada: Janeiro 2015

ENF/LEITO: 434

Nome: Joucar de Souza

DATA: <u>10.09</u>	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Etiologia	Pressão - <input checked="" type="checkbox"/> - Trauma - <input checked="" type="checkbox"/> - Venosa - <input checked="" type="checkbox"/> - Arterial - <input checked="" type="checkbox"/> - Queimada - <input checked="" type="checkbox"/> - Quirúrgica - <input checked="" type="checkbox"/> - Outra: <u>_____</u>	Pressão - <input checked="" type="checkbox"/> - Trauma - <input checked="" type="checkbox"/> - Venosa - <input checked="" type="checkbox"/> - Arterial - <input checked="" type="checkbox"/> - Queimada - <input checked="" type="checkbox"/> - Quirúrgica - <input checked="" type="checkbox"/> - Outra: <u>_____</u>	Pressão - <input checked="" type="checkbox"/> - Trauma - <input checked="" type="checkbox"/> - Venosa - <input checked="" type="checkbox"/> - Arterial - <input checked="" type="checkbox"/> - Queimada - <input checked="" type="checkbox"/> - Quirúrgica - <input checked="" type="checkbox"/> - Outra: <u>_____</u>
Tamanho da Ferida	Comprimento: <u>_____</u> cm    Largura: <u>_____</u> cm	Comprimento: <u>_____</u> cm    Largura: <u>_____</u> cm	Comprimento: <u>_____</u> cm    Largura: <u>_____</u> cm
Apresentação do Leito	- Tipo de drenagem: <u>_____</u> mm de diâmetro - Tipo de drenagem: <u>_____</u>	- Tipo de drenagem: <u>_____</u> mm de diâmetro - Tipo de drenagem: <u>_____</u>	- Tipo de drenagem: <u>_____</u> mm de diâmetro - Tipo de drenagem: <u>_____</u>
Quantidade de Exsudato	- Nenhum    - Pouco    - Moderado    - Abundante	- Nenhum    - Pouco    - Moderado    - Abundante	- Nenhum    - Pouco    - Moderado    - Abundante
Tipo de exsudato	Sérum    Fibrinoso    Sanguinolento Purulento    Serossanguíneo	Sérum    Fibrinoso    Sanguinolento Purulento    Serossanguíneo	Sérum    Fibrinoso    Sanguinolento Purulento    Serossanguíneo
Dor	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Odor	evidente na região da cobertura    - a borda da ferida evidente abaixo da cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	evidente na região da cobertura    - a borda da ferida evidente abaixo da cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	evidente na região da cobertura    - a borda da ferida evidente abaixo da cobertura: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Condição da pele Periférica	Forma: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Escarada <input checked="" type="checkbox"/> Úlcera <input checked="" type="checkbox"/> Eritema <input checked="" type="checkbox"/> Rubor Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras	Forma: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Escarada <input checked="" type="checkbox"/> Úlcera <input checked="" type="checkbox"/> Eritema <input checked="" type="checkbox"/> Rubor Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras	Forma: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Escarada <input checked="" type="checkbox"/> Úlcera <input checked="" type="checkbox"/> Eritema <input checked="" type="checkbox"/> Rubor Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> F40 <input checked="" type="checkbox"/> Povidão I 10% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05%	<input checked="" type="checkbox"/> F40 <input checked="" type="checkbox"/> Povidão I 10% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05%	<input checked="" type="checkbox"/> F40 <input checked="" type="checkbox"/> Povidão I 10% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 0,05%
Cobertura primária Contato direto na lesão:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <input checked="" type="checkbox"/> Fibrina <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <input checked="" type="checkbox"/> Fibrina <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Curativo	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colágeno <input checked="" type="checkbox"/> Fibrina <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Curativo
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã    Tarde	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã    Tarde	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã    Tarde
Data da Próxima troca:	<u>11.09.19</u>		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. do em Enfermagem	<u>[Assinatura]</u>		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u>		

*[Handwritten signature and stamp]*

**CONFERE COM ORIGINAL**  
Em 26/09/19  
Ass. [Assinatura]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	424	DATA	17/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV DU Dt CP 50MG VO DE 6/6H SN				
7	OMEPRAZOL 40 MG EV DU VO 1X AO DIA				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
10	CURATIVO DIARIO SN				
11	SSVV + DCGG 8/8 H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					

EVOLUÇÃO MEDIC

DR. MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR. MARCELO MARQUES  
CRM 1918

*Dr. José A. Lopes*  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	100x100	63		35.9	+	
18 H	100x70	65		36.7c	+	
24 H	100/60	74	45	36.12	+	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: 

# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: WILLIAM DA SILVA IDADE: 49 ANOS SEXO: M PESO: 80 KG. LEITO: 624 • ALÉRGICO? NÃO  
 DATA: 19/11/19

**EXAME FÍSICO DO PACIENTE**

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	SINT	NÃO	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
CATETER PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SONDA NASOGÁSTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SONDA NASOGÁSTRICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SONDA NASOENTERAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
DRENOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES**

TUMOR 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTACÃO  
 ULCERA POR PRESSÃO SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: GRAU II ( ) GRAU III ( )

**CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  CONSCIENTE  INCONSCIENTE  SEDADO  ALERTA  COMATOZO  ENCORRINTADO  
 PUPILAS:  REAGENTE  NÃO REAGENTE  ISÓCORICAS  ANISÓCORICAS  MIODRÁDICA  
 ACUIDADE VISUAL:  NORMAL  DIMINUIDA  ACUIDADE AUDITIVA:  NORMAL  DIMINUIDA  
 VIAS AERIAS SUPERIORES:  LIMPAS  OBSTRUIDAS  HIGIENE BUCAI:  FAVORÁVEL  DESFAVORÁVEL  PRECÁRIA  
 OÍRIS:

**TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO**

EXPANSÃO:  SIMILAR  ASSIMÉTRICO  
 RUIDO INSPIRATORIO:  SIMILAR  NÃO  
 FREQUÊNCIA:  SUPLENDO  TAQUIPNEIA  BRADIPNEIA  EUPNEIA  
 MURMÚROS VESICULARES:  AUSENTES  PRESENTES  TENSES  SUAVES  SILENCIOSOS  
 RUIDOS ADVENTÍCIOS:  AUSENTES  PRESENTES  ESTERTORES  SIBILOS  
 CIRCULAÇÃO DEUR DA PIEL/MUCOSAS:

**TEMPERATURA DA PELE/MUCOSAS**

HÍDRATAÇÃO  UMIDA  DESHIDRATADA  CORADA  EMPECORADA  PALIDA  RUBORIZADA  VERDELA  
 CÂNDIDA  CANDÍDIA  ERITEMA  ERITEMA  
 TEMPERATURA DA PELE:  NORMAL  SUPERFICIAL  PROFUNDA

**APARELHO CARDIOVASCULAR**

RITMO CARDÍACO:  REGULAR  IRRREGULAR  
 PERFUSÃO PERIFÉRICA:  NORMAL  DIMINUIDA  
 PULSO PERIFÉRICO:  PRESENTE  AUSENTE  DEBILITADO  
 PULSO:  NORMAL  SUPERFICIAL  PROFUNDO  MORTAL  
 LOCAL DO PULSO:

**APARELHO GASTROENTERAL**

APETITE:  BAIXO  NORMAL  ALTO  
 BARRIGA:  DUREZA  MOLEZA  TENDREZA  DUREZA  
 FONTOGIA:  PRESENTE  AUSENTE  INTERMITENTE

**DIAGNÓSTICO**

RISCO DE INFECÇÃO  
 PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ  
 INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  
 TROCA GÁSICA PREJUDICADA  
 ANSIEDADE  
 INÍMIO  
 ENDOCRIMATO INEFICAZ  
 RISCO PARA NUTRIÇÃO  
 DESEQUILIBRADA  
 MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA  
 RISCO PARA O CONTROLE DE TELA/ TERAPÉUTICO  
 DESORIENTAÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS  
 FADIGA  
 INTOLERÂNCIA A TRADIÇÃO  
 RISCO PARA QUINTAS  
 RISCO PARA LESÃO  
 AUTOSTRIMA PREJUDICADA  
 DIABETE  
 CONSTIPAÇÃO  
 RISCO PARA CONSTIPAÇÃO  
 EXCESSO DE ALTA CUMULADA  
 COMATOZO NÃO REVERSÍVEL  
 PREJUDICADA  
 RISCO PARA PREJUDICADA  
 DEUR  
 PERTECIDO  
 PREJUDICADA  
 PREJUDICADA  
 PREJUDICADA

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

MANTER VIAS AERIAS PERVIAS  
 REALIZAR CUIDADOS COM VIAS  
 VERIFICAR SINAIS VITAIS DE / H  
 MANTER A MONITORIZAÇÃO  
 MANTER LABEZEIRA LIVRE  
 ASPIRAR VIAS / H  
 VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA  
 ATENTAR PARA QUEIXAS, SINAIS  
 ATENDER PARA MANEIRAS E MOVIMENTOS  
 ORIENTAR PARA USO PERIFÉRICA  
 MANTER ACESSOS VENOSOS PERVIOS  
 REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE / H  
 ORIENTAR COMUNICAR E REGISTRAR OBSERVAÇÕES  
 VERIFICAR E REGISTAR TEMAS  
 AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA SUGAGEM  
 VERIFICAR RESISTÊNCIA ABDOMINAL  
 ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA  
 MANTER BOM APOSTEIRADO  
 REALIZAR HIGIENE / H  
 ORIENTAR ACUIDADE  
 REALIZAR BANHO NO TOILETO  
 REALIZAR MANUTENÇÃO DE TUBOS / H  
 REALIZAR CURATIVO DABDO  
 REALIZAR MANUTENÇÃO DE TUBOS  
 REALIZAR HIGIENE DE FUNDOS  
 REALIZAR DEBILITACAO  
 REALIZAR DEBILITACAO  
 REALIZAR DEBILITACAO  
 REALIZAR DEBILITACAO

**SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MEDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
QUADRO		LEITO	424	DATA	16/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				INCLUI
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				SN
4	TENOXICAN 30MG EV 12/12H				SN
5	RAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				SN
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS+ 150 E/OU PAD+ 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIARIO SN				SN
10	SSV + CCGG 5.6 H				SN
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

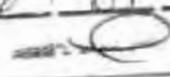
DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	C
6 H	100/70	63	-	36.6	+	-
12 H	100/70	63	-	36.6	+	+
18 H	100/70	64	-	36.4	+	-
24 H	100/70	65	-	35.4	+	-

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: 

CENTRO DE CLINICAS

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA			
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	424	DATA	9/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	ETA ORAL LIVRE			50
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			1000
3	MORFINA 10 EV 6H 5N			5-10
4	NUMIDAN 20MG EV 12 12H			5-10
5	INSULINA REGULAR + 10CM 50 U 2H - 20U 8H 12H 50MG VO DE 90 - 50			5-10
6	DILTIAZEM 60 MG EV OU VO 1X AO DIA			5-10
7	BETMETICINA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6H H 5N			5-10
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			5-10
9	CURATIVO DIARIO 5N			5-10
10	BSW + CCGG 6H			5-10
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)  
COLAÇÃO 25 UNIDADES 20:00 20U 2H 30U 4H 30U 6H 40U 8H  
30U 10H 30U 12H 10 UN DE OU GLICOSE = 70 DURA GLICOSE 100  
42 TR EV + ANSAR PLANILTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

TOG, BEM-ESTAR, NORMOCORRADO E AFÉBRIL  
AR SINUSITIS  
AR SEM ALTERAÇÕES  
MEMBRANAS COM PULSOS + F BOA PERFUSÃO  
SEM DILATAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS  
EM MANTIDO SUPORTE CLÍNICO  
PROGRAMAÇÃO NO AGUARDAR DE CIRURGIA ORTOP

DR MARCUS BRUNNER  
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	F
8H	200/60	79	18	36,12	+	0
12H	160/30	70		36,92	+	+
16H	120/60	75		36,4	+	-
24H	110/60	70	18	36,42	+	+

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 26/09/19  
Ass:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Luciano José de Jesus SEXO: M IDADE: 44 PESO: 75 KG. TEMO: 1,75 m.

NOME PRÓPRIO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ CÊSÕES: \_\_\_\_\_

CONTROLE DE CATTETEM SONDAS			
CATETER CENTRAL	DATA	LOCAL	USUA
CATETER PERIFÉRICO	DATA	LOCAL	USUA
SONDAGEM NASAL	DATA	LOCAL	USUA
SONDAGEM VENTRAL	DATA	LOCAL	USUA
SONDAGEM PERITONEAL	DATA	LOCAL	USUA

TRATAMENTO DE HA TENSÃO

1- FARMACOS: HEMATINA 4 - DITORDINGA 5 - FRALUDA EPONISA - G-EDUCA 7 - ASPIRACAO  
 2- ALIMENTAÇÃO: SIM 3- HÁBITO: LOCAL 4- LOCAL: GRAU II 5- GRAU: III

CABEÇA FÍSICO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ETATOS 1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS  
 1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS  
 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS  
 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO DE SPIRITÓRIO

1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS  
 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS  
 16- ETATOS 17- ETATOS 18- ETATOS 19- ETATOS 20- ETATOS 21- ETATOS 22- ETATOS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PTE/CALCULOS

1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS  
 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS

APARELHO CARDIOVASCULAR

1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS  
 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS

APARELHO GASTROINTESTINAL

1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS  
 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS

DIAGNÓSTICO

1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS  
 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1- ETATOS 2- ETATOS 3- ETATOS 4- ETATOS 5- ETATOS 6- ETATOS 7- ETATOS  
 8- ETATOS 9- ETATOS 10- ETATOS 11- ETATOS 12- ETATOS 13- ETATOS 14- ETATOS 15- ETATOS

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 26/09/19  
 Ass: \_\_\_\_\_



**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HC**

Protocolo nº 1 | Versão 06

Data de Atualização:  
Fevereiro 2019

Atualizado em: 2019

ENF/LEITO: 2424

Nome: <u>Weniar de Souza</u>	
DATA: <u>09/09</u>	Localização / Região:
GRAU = I GRAU = II	
DATA:	Localização / Região:
GRAU = I GRAU = II	
Etiologia	Medicamentos: <u>Insulina - Glucofag - Clopidogrel - Aspirina - Bisbetol</u>
Tamanho da Ferida	Medidas: <u>10 cm x 10 cm</u>
Aspecto do Leito	Profundidade: <u>1 cm</u>
Quantidade de Exsudato	Tipos de granulação: <u>Granulação</u>
Tipos de Exsudato	Tipos de necrose: <u>Necrose</u>
Cor	Tipos de tecido: <u>Epitélio</u>
Coloração da pele Periférica	Tipos de infecção: <u>Não</u>
Solução para limpeza	Soluções: <u>Sol. Faldocortina 0,5% - Clorexidina 4%</u>
Cobertura primária	Tipos de cobertura: <u>Curativo</u>
Horário do curativo	Tipos de curativo: <u>Curativo</u>
Data da Próxima troca	Tipos de troca: <u>Curativo</u>
Emissão de • de 24hs	Tipos de emissão: <u>Curativo</u>
Carimbo e Assinatura	Tipos de carimbo: <u>Curativo</u>
Assinatura	Tipos de assinatura: <u>Curativo</u>

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.: [Signature]

\* Este documento é propriedade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e não pode ser reproduzido sem a devida autorização. Este documento contém informações confidenciais e deve ser guardado em local seguro.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MEDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
GENTELUCAS DE SOUSA SILVA					
DIAGNÓSTICO: LUX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	424	DATA	8/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.V.U
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				7/24/19
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				S.V.U
4	TENOXIGAN 20MG EV 12/12H				13
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN				S.V.U
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				15
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				S.V.U
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMMHG				S.V.U
9	CURATIVO DIARIO SN				S.V.U
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10/11/19
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC) COM OMSF ESQUEMA 200-250 20U 251-300 40U 301-350 60U 351-400 80U 400-450 100U VI E OU GLICOSE 4 70 DL/M GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MEDIC

BEG. LINFICO, NORMOCORADO E AFEBRIL  
AR. MVE SEM RA  
H. S/M ALTERAÇÕES  
M. M. M. COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
M. M. M. E OU INTLRCORRÊNCIAS  
M. M. M. SUORTE CLINICO  
M. M. M. NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDIC.

DR MARCUS BRUNHEI  
CRM / RR 5917

DR MARCELO MARQUES  
CRM / RR 2918

DATA/S V	PA	FC	FR	TEMP		E
8H	115/80	72		36,1		
12H	115/80	72		36,1		
18H	130/80	78	20	36,2		
24H	115/80	77		36,1		

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: 



# SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLINICAS

NOME: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

SERVIÇO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_

RUA: \_\_\_\_\_

LEITO: \_\_\_\_\_

• ALÉRGICO: \_\_\_\_\_

## EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CALDEIRAS E NOMAS	COL	J	AB	SC	AB	SC
CADEIRA GERAL						
CALDEIRA PERITONEO						
SONDA VENTRAL (SVC)						
SONDA NASAL (SNC)						
SONDA VENTRAL (SVC)						
SONDA NASAL (SNC)						

## LESÕES

DIAGNÓSTICO	PROFUNDIDADE DE ENFERMAGEM
(1) Úlcera de pressão	(1) Úlcera de pressão
(1) Edema	(1) Edema
(1) Hemorragia	(1) Hemorragia
(1) Infecção	(1) Infecção
(1) Queimadura	(1) Queimadura
(1) Lesão por pressão	(1) Lesão por pressão
(1) Lesão por queimadura	(1) Lesão por queimadura
(1) Lesão por trauma	(1) Lesão por trauma
(1) Lesão por cirurgia	(1) Lesão por cirurgia
(1) Lesão por medicamento	(1) Lesão por medicamento
(1) Lesão por alergia	(1) Lesão por alergia
(1) Lesão por infecção	(1) Lesão por infecção
(1) Lesão por desidratação	(1) Lesão por desidratação
(1) Lesão por hiperhidratação	(1) Lesão por hiperhidratação
(1) Lesão por hipotermia	(1) Lesão por hipotermia
(1) Lesão por hipertermia	(1) Lesão por hipertermia
(1) Lesão por anemia	(1) Lesão por anemia
(1) Lesão por hipoxemia	(1) Lesão por hipoxemia
(1) Lesão por hipertensão	(1) Lesão por hipertensão
(1) Lesão por hipotensão	(1) Lesão por hipotensão
(1) Lesão por taquicardia	(1) Lesão por taquicardia
(1) Lesão por bradicardia	(1) Lesão por bradicardia
(1) Lesão por arritmia	(1) Lesão por arritmia
(1) Lesão por insuficiência cardíaca	(1) Lesão por insuficiência cardíaca
(1) Lesão por insuficiência renal	(1) Lesão por insuficiência renal
(1) Lesão por insuficiência hepática	(1) Lesão por insuficiência hepática
(1) Lesão por insuficiência pulmonar	(1) Lesão por insuficiência pulmonar
(1) Lesão por insuficiência endócrina	(1) Lesão por insuficiência endócrina
(1) Lesão por insuficiência imunológica	(1) Lesão por insuficiência imunológica
(1) Lesão por insuficiência neurológica	(1) Lesão por insuficiência neurológica
(1) Lesão por insuficiência psiquiátrica	(1) Lesão por insuficiência psiquiátrica
(1) Lesão por insuficiência social	(1) Lesão por insuficiência social
(1) Lesão por insuficiência espiritual	(1) Lesão por insuficiência espiritual

**NOTIFICAR SE HÁ LESÕES**

1. TEMPERATURA: 36,5°C (axilar) / 37,8°C (retal) / 36,8°C (oral) / 36,5°C (periférica)

2. FREQUÊNCIA CARDÍACA: 72 bpm

3. PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg

4. SATURADO DE OXIGÊNIO: 98% (ar ambiente)

5. PESO: 70 kg

6. ALTURA: 1,70 m

7. SINAIS VITAIS: Estáveis

**CHECAR PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

1. TEMPERATURA: 36,5°C (axilar) / 37,8°C (retal) / 36,8°C (oral) / 36,5°C (periférica)

2. FREQUÊNCIA CARDÍACA: 72 bpm

3. PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 mmHg

4. SATURADO DE OXIGÊNIO: 98% (ar ambiente)

5. PESO: 70 kg

6. ALTURA: 1,70 m

7. SINAIS VITAIS: Estáveis

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA**

1. ORIENTADO: (1) tempo / (2) lugar / (3) pessoa / (4) situação / (5) motivo

2. RESPONSA: (1) nome / (2) idade / (3) profissão / (4) endereço / (5) telefone

3. MEMÓRIA: (1) passado / (2) presente / (3) futuro

4. ATENÇÃO: (1) nome / (2) idade / (3) profissão / (4) endereço / (5) telefone

5. LINGUAGEM: (1) nome / (2) idade / (3) profissão / (4) endereço / (5) telefone

6. MOVIMENTO: (1) nome / (2) idade / (3) profissão / (4) endereço / (5) telefone

7. SENTIMENTOS: (1) nome / (2) idade / (3) profissão / (4) endereço / (5) telefone

**TOPOGRAFIA E PULSO**

1. TOPOGRAFIA: (1) cabeça / (2) pescoço / (3) tórax / (4) abdômen / (5) membros superiores / (6) membros inferiores

2. PULSO: (1) carótida / (2) braquial / (3) radial / (4) femoral / (5) tibial posterior / (6) pedal

**EXAMINAÇÃO DO TÓRAX**

1. INSPEÇÃO: (1) simétrico / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA**

1. FREQUÊNCIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. RITMO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. CARACTERÍSTICAS: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. SINAIS VITAIS: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**EXAMINAÇÃO DO ABDÔMEN**

1. INSPEÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**EXAMINAÇÃO DO APARATO DIGESTIVO**

1. INSPEÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**EXAMINAÇÃO DO APARATO URINÁRIO**

1. INSPEÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**EXAMINAÇÃO DO APARATO REPRODUTOR**

1. INSPEÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**EXAMINAÇÃO DO APARATO MUSCULOESQUELÉTICO**

1. INSPEÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

**EXAMINAÇÃO DO APARATO NEUROLÓGICO**

1. INSPEÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

2. PALPAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

3. AUSCULTAÇÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

4. PNEUMOMETRIA: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

5. PERCUSSÃO: (1) normal / (2) normal / (3) anormal

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 26/09/19

EVOLUÇÃO DO ENFERMO		MARÇA		FOLHA DE DIÁRIO DE ENFERMAGEM DE	
DATA	HORA	DATA	HORA	DATA	HORA
ASS. E CARGADO (M/F/N/A/O)		ASS. E CARGADO (M/F/N/A/O)		ASS. E CARGADO (M/F/N/A/O)	
TARDE	15:00	TARDE	15:00	TARDE	15:00
Sinais vitais: T 37.5, P 80, F 18, S 100.		Sinais vitais: T 37.5, P 80, F 18, S 100.		Sinais vitais: T 37.5, P 80, F 18, S 100.	
Zic 02000		Zic 02000		Zic 02000	
ASS. E CARGADO (M/F/N/A/O)		ASS. E CARGADO (M/F/N/A/O)		ASS. E CARGADO (M/F/N/A/O)	
NORTE		NORTE		NORTE	
Ass: [Handwritten Signature]		Ass: [Handwritten Signature]		Ass: [Handwritten Signature]	

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 26/09/19  
 Ass: [Handwritten Signature]



FACULDADE DE MEDICINA

NOME: Lucas de Sousa Silva  
 REGISTRO: \_\_\_\_\_  
 BLOCO: A ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ FEHO: 117-1  
 UTE: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Ortopedia

PARA: Bucomaxilar

Exame Clínico:

paciente jovem com queixa  
 em colar de prur e presença de  
 lesões dolorosas em cavidade  
 oral. Solido ovalizado e contato  
 BRATO!

23.03.19  
Data

*[Signature]*  
 Dr. Augusto Cavalcante  
 Médico  
 Clínica de Traumatologia  
 ORTODONTIA

Paciente avaliado pela Bucomaxilar, do  
 exame clínico, aparentemente não houve  
 fratura em face, foi realizada RT  
 para conclusão do diagnóstico. Apresenta  
 queixa em região de lábio inferior  
 e ulna traumática em lábio sup.  
 (D. dehidramento da face + elixir de  
 D. 20%)

26.05.19  
Data

*[Signature]*  
 Dra. Silvana Rose Da Silva  
 Cirurgã Traumatologista  
 Hospital Santa  
 130 00 010

CONFERÊNCIA  
 Em 26.09.19  
*[Signature]*

E



LUCAS DE SOUZA SILVA  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:  
Data: 05/09/2019

Nr: 2224

Tec:

58,3 %

4224



BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 17.06.19 O.S. \_\_\_\_\_

*Luís de Sá, M.D.*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Supraclavicular, fístula para Externo C*

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *de abcesso formado e ausência manobra de redução gradual*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *sem abscisão*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *O mesmo*

CIRURGIÃO: *Luís de Sá* 1º AUXILIAR: *Fabio C. Chaves*

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Exatidão do tipo de anestésico

2) sem manobra de abscisão parcial de

3) Redução do quisto e consequente redução

4) Contato radiológico pós-intervenção de

iluminação para futuro

5) manobra para abscisão parcial de absc. e

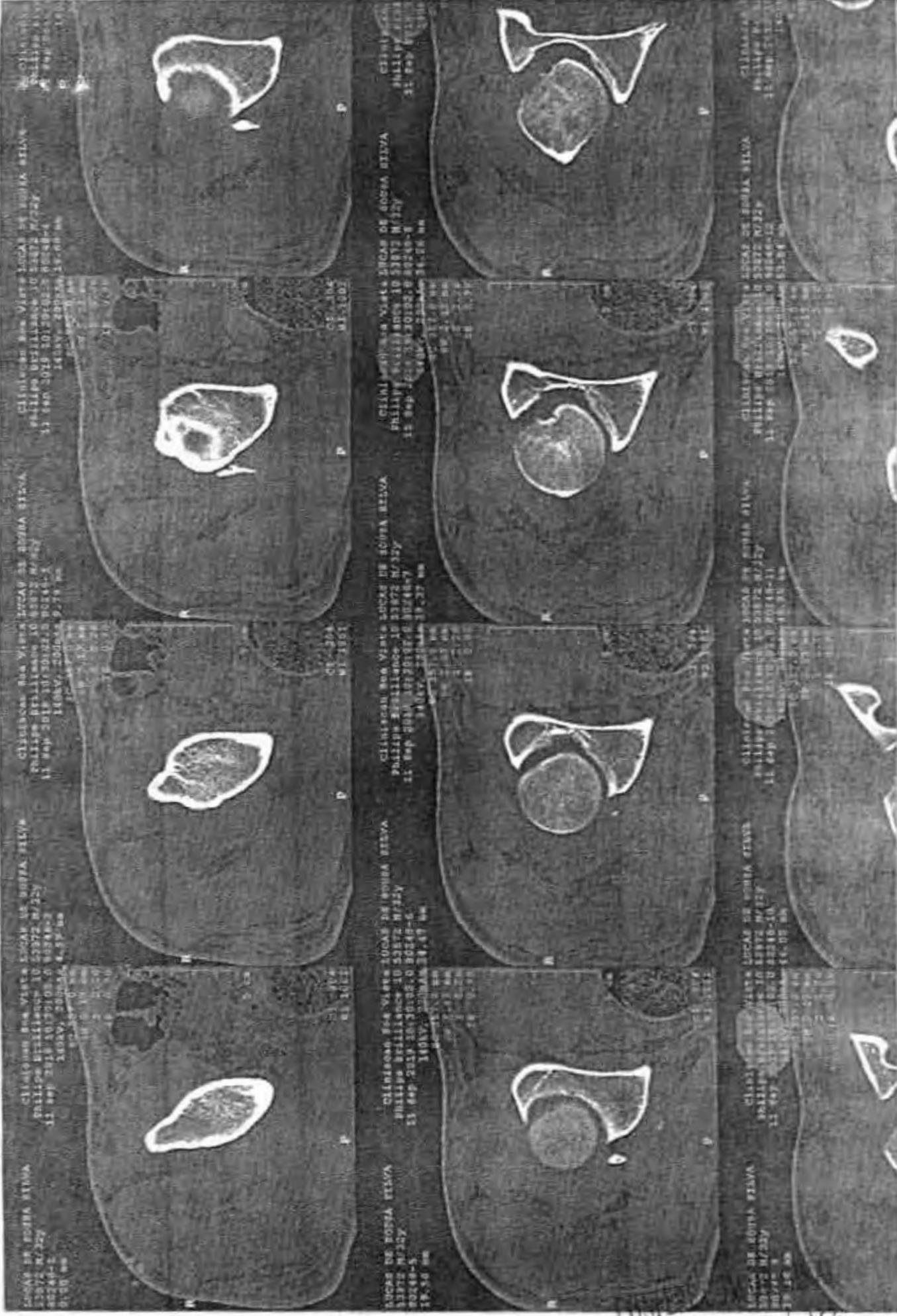
6) Para colocação do fístula e consequente manobra

sem f. 5.4.19. 7) manobra 8) f. 19.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/07/19

cliniscan



Compl:  
Em 26/09/19  
Ass: 

L-424

917-1

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



DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

DIAGNÓSTICO: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 33 LEITO: ~~10~~ DATA: 30/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL livre	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H SN	
5	CURATIVO DIÁRIO	
6	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTEN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

*AO HC*

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 CM GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**INDICAÇÃO MÉDICA:**  
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.  
 EXAME FÍSICO: REG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM  
 USO DE TRATAMENTO TRANSEQUELÉTICO, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE  
 APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA.  
 SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.  
**SOLICITAÇÃO:**  
 MANTIDA  
 PROLONGAMENTO DE CIRURGIA:  
 PREVISÃO DE ALTA:

*Dr. Bruno Henrique dos Santos*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RR 1047 TEOT 10414

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	117/55	74	18	36,5
18 H	123/79	87	18	36,5
24 H	122/72	85	18	36,5

*o paciente encontra-se no leito, está realizando  
 alguns exercícios de dor, segue bem durante da  
 noite sem dor.*

CONTROLE COM ORIENTADOR  
 26/08/19



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

4-8  
HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNOSTIC	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	31/8/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24h
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Manhã
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				CC
4	FENOXICAN 20MG EV 12/12H				CC - 12h
5	PRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN				CC
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				CC
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	CURATIVO DIARIO				
10	SSV + CCGG 6/6 H				12h
11	CLÉXANÉ 40MG SC 1X/DIA				12h
12					
13					
14					
15					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR - SC - CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI > 400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DLM/L GLICOSE > 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG. EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL  
AR. MVE SEM RA.  
AB. SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
MM. M. D. E OU INTERCORRÊNCIAS  
CIS. MANTIDO SUPORTE CLINICO  
PROGRAMAÇÃO NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA.

DR MARCUS BRUNNER  
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	S	C
6 H						
12 H	110/70	72	-	36,5	+	
18 H	110/70	72	-	36,5	+	
24 H	110/70	70	-	36,5	+	placido

COPIAR COM ORIGEM

Em 26 09 19

Ass:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

+ 2000  
02/09/19  
23-22  
B. S. S. S.

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA		
DIAGNÓSTICO LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO		
ALERGIAS	HAS	NEGA DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SN
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	SN
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 6/6H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	SN
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/8 H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	SN
9	CURATIVO DIARIO SN	SN
10	SSV + CCGG 6/6 H	SN

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

CONCLUSÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL  
AR: MVF SEM RA  
AB: SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
TR: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO  
- MANEJO NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA.

DR MARCUS BRUNNER  
CRM / RR 1917  
DR MARCELO TARDUOS  
CRM / RR 1918

D E

S.V.	PA	FC	FR	TEMP	D	E
08 H	100/60	95	18	36,4°C	+	Ø
12 H	130/70	90		36,7°C	+	-
18 H	111/80	95	20	36,0°C	+	-
24 H	90/50	102	18	36°C	+	Ø

COPIAR COM ORIGINAL  
Em 26/09/19  
Ass:

*Lucas de Sousa Silva*

		Localização / Região	
1		DATA	13 / 02 / 19
2		GRAU - I	
3		GRAU - II	
4		Arma - Diabete	Procedimento - 111111
5		Localidade	Município - Município
6		Estado	UF - UF
7		Endereço	Endereço - Endereço
8		Telefone	Telefone - Telefone
9		Sexo	Sexo - Sexo
10		Idade	Idade - Idade
11		Profissão	Profissão - Profissão
12		Religião	Religião - Religião
13		Estado Civil	Estado Civil - Estado Civil
14		Cor da Pele	Cor da Pele - Cor da Pele
15		Cor dos Olhos	Cor dos Olhos - Cor dos Olhos
16		Cor dos cabelos	Cor dos cabelos - Cor dos cabelos
17		Altura	Altura - Altura
18		Peso	Peso - Peso
19		Temperatura	Temperatura - Temperatura
20		Frequência Cardíaca	Frequência Cardíaca - Frequência Cardíaca
21		Frequência Respiratória	Frequência Respiratória - Frequência Respiratória
22		Pressão Arterial	Pressão Arterial - Pressão Arterial
23		Saturação de O2	Saturação de O2 - Saturação de O2
24		Diagnóstico	Diagnóstico - Diagnóstico
25		Tratamento	Tratamento - Tratamento
26		Observações	Observações - Observações
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

*Analyse com FTS 066  
Permanência*

**CONFERE COM ORIGINAL**

Em 26/09/19

Ass: 





**Nome:** Lucas de Sousa

	Localização / Região	Localização / Região
<b>DATA:</b> <u>03/09</u>		
<b>GRAU - I</b>		
<b>GRAU - II</b>		
<b> etiologia</b>	Pressão - II - III - IV Venosa - úlcera - Diabetes Hemorrágica - úlcera - Trauma - queimadura ocorrente - Úlcera	Pressão - II - III - IV Venosa - úlcera - Diabetes Hemorrágica - úlcera - Trauma - queimadura ocorrente - Úlcera
<b>Localização da ferida</b>	Vertical	Vertical
<b>Extensão do leito</b>	Teor de granulação - com escara	Teor de granulação - com escara
<b>Quantidade de Exsudato</b>	sem exsudato - úlcera pouco até 30 - úlcera - úlcera abundante	sem exsudato - úlcera pouco até 30 - úlcera - úlcera abundante
<b>Tipo de exsudato</b>	Seroso - Fibrinoso - Sanguinolento Purulento - Seroso/fibrinoso	Seroso - Fibrinoso - Sanguinolento Purulento - Seroso/fibrinoso
<b>Dor</b>	Sim - Não	Sim - Não
<b>Odor</b>	ausente - presença de odor forte - a boca do leito sugere - presença de odor forte - a boca do leito	ausente - presença de odor forte - a boca do leito sugere - presença de odor forte - a boca do leito
<b>Condição da pele perifoneal</b>	Normal - Escarada - seca - Eritema - Risco úmido - Úlcera	Normal - Escarada - seca - Eritema - Risco úmido - Úlcera
<b>Soluço para limpeza</b>	Sol - Sabão - 1% - 2% Solução de 1% - 2%	Sol - Sabão - 1% - 2% Solução de 1% - 2%
<b>Cobertura primária Secundária - outros</b>	Sec - Úlcera Fibrina - Colágeno - 1% - 2%	Sec - Úlcera Fibrina - Colágeno - 1% - 2%
<b>Hora do curativo:</b>	Manhã - Tarde	Manhã - Tarde
<b>Data da Próxima troca:</b>		
<b>Em caso de + de 24hs</b>	<u>03.09.19</u>	
<b>*Ambio e ass ver. em Enfermagem</b>	<u>Dalyane S. Tosin</u>	
<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b>		
<b>Outros</b>		

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco / Comissão de Seleção de Programas  
As peças com 02 ou mais folhas, esta deverá ser enviada separadamente

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 26/09/19  
Ass:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	3/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MULTI
3	DIPYRONA 1G EV 6/6H SN				SN
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				SN
5	FRAMAL 15MG + 100ML SF 0.9% EV OU 5 <sup>o</sup> CP 50MG VO DE 8-8H SN				SN
6	DMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				SN
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIARIO SN				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				POLINA
11					
12					
13					
14					
15					
16					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (50) CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI >400 10 UI E OU GLICOSE < 70 D/LML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

REG. EUPNEICO, NORMOCORADO E AFÉBRIL  
AR. MVF SEM RA  
PR. SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
SU. MANTIDO SUPORTE CLÍNICO  
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER  
CRM / RR- 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM / RR- 1918

*D. [assinatura]*

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H							
12 H	90x70	73		36,6c	+	+	
18 H	90x60	77		36	+	+	Bruner
21 H							

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 26/09/19

Ass: *[assinatura]*



das Feridas	Protocolo nº 1	Versão 06	Data da Elaboração Fevereiro 2015
ivo - HC	Atualizada Janeiro 2015		
ENFELEITO:			424

Nome: Jouanny de Sousa

DATA: 03/09/19

X (T) (L) (I)

(R) (L)

Etiologia

Tamanho di

Apresenta

Quilômetros

Tipo de fer

Cor

Dolor

Caracter

Período

Surgiu p

Cobertura

Climato

Humidade

Data de

Tratam

Caracter

do ferida

Localização / Região	
	<p>DATA:</p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>
<p>1. Tipo de ferida</p> <p>2. Tamanho</p> <p>3. Localização</p> <p>4. Características</p> <p>5. Estado da pele</p> <p>6. Estado da ferida</p> <p>7. Estado da ferida</p> <p>8. Estado da ferida</p> <p>9. Estado da ferida</p> <p>10. Estado da ferida</p>	<p>1. Presença de</p> <p>2. Presença de</p> <p>3. Presença de</p> <p>4. Presença de</p> <p>5. Presença de</p> <p>6. Presença de</p> <p>7. Presença de</p> <p>8. Presença de</p> <p>9. Presença de</p> <p>10. Presença de</p>
<p>11. Estado da ferida</p> <p>12. Estado da ferida</p> <p>13. Estado da ferida</p> <p>14. Estado da ferida</p> <p>15. Estado da ferida</p> <p>16. Estado da ferida</p> <p>17. Estado da ferida</p> <p>18. Estado da ferida</p> <p>19. Estado da ferida</p> <p>20. Estado da ferida</p>	<p>1. Estado da ferida</p> <p>2. Estado da ferida</p> <p>3. Estado da ferida</p> <p>4. Estado da ferida</p> <p>5. Estado da ferida</p> <p>6. Estado da ferida</p> <p>7. Estado da ferida</p> <p>8. Estado da ferida</p> <p>9. Estado da ferida</p> <p>10. Estado da ferida</p>

06/09/19

Danyene S. Tosin  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 917.047

*[Handwritten signature]*

CONFERE COM ORIENTADOR  
Em 26/09/19  
Ass: [Signature]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA					
DIAGNÓSTICO: LUXAÇÃO QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	424	DATA	4/9/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	THAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU OI CP 50MG VO DE 8/8H SN				
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS+ 160 E/OU PAD+ 110 MMMHG				
9	CURATIVO DIÁRIO SN				
10	SSVV + CCGG 8/8 H				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 50% CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI 250-300 4UI 300-350 6UI 350-400 8UI + 4UI TB VI E 200 GLICOSE 5 70 UI ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG. EUPNEICO, NORMOCORADO E AFÉBRIL  
AR. MVF SEM RA  
AB. SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
LO. MANTIDO SUPORTE CLÍNICO  
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA.

DR MARCELO BRUNHEM  
CRM / RR 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM / RR 1918

TEMPO	SV	PA	FC	FR	TEMP	D	S	
6 H								
12 H		108 x 70	69		36,5°C	+	+	
18 H		108 x 70	76		36,7°C	+	+	
24 H								

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: 



acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº | Versão: 06

Data da Elaboração:  
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 424

Nome: WALTER DE SOUZA

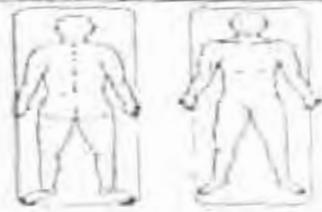
DATA: 04/09/19

Localização / Região



DATA:

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - I

GRAU - II

GRAU - II

Etiologia

Pressão  Trauma  Arterial  Diabetes  
 Trombose  Cirúrgica  Trauma outra

Pressão  Trauma  Arterial  Diabetes  
 Trombose  Cirúrgica  Trauma outra

Tamanho da Ferida

Comprimento \_\_\_\_\_ cm largura \_\_\_\_\_ cm

Comprimento \_\_\_\_\_ cm largura \_\_\_\_\_ cm

Aparência do Leito

Profundidade \_\_\_\_\_ cm  
Tecido de granulação  com escarcoto  
Tecido necrótico

Profundidade \_\_\_\_\_ cm  
Tecido de granulação  com escarcoto  
 tecido epitelial  Escara

Quantidade de Exsudato

sem exsudato  em pouca quantidade  
 em quantidade moderada  moderado a abundante

sem exsudato  em pouca quantidade  
 em quantidade moderada  moderado a abundante

Tipo de exsudato

Seroso  Fibrinoso  Sanguinolento  
 Purulento  Serossanguinolento

Seroso  Fibrinoso  Sanguinolento  
 Purulento  Serossanguinolento

Dor

Sim  Não

Sim  Não

Odor

presente na remoção da cobertura  a bordo do leito  
 presente em qualquer ponto  Sem odor

presente na remoção da cobertura  a bordo do leito  
 presente em qualquer ponto  Sem odor

Coloração da pele  
Péris lesão

Normal  Vermelha  Amarelha  Escarlate  Rubor  
 Fúndulo  Outras

Normal  Vermelha  Amarelha  Escarlate  Rubor  
 Fúndulo  Outras

Solução para limpeza

Solução Fisiológica 0,9%  Clorexidina 1%  
 Álcool 70%  Iodo

Solução Fisiológica 0,9%  Clorexidina 1%  
 Clorexidina 4%  Iodo

Cobertura estéril

XAGE  Colagenase  
 Fibrinase  Sulfadiazina de Prata

XAGE  Colagenase  
 Fibrinase  Sulfadiazina de Prata

Carimbo direto na lesão

XAGE  Outros

XAGE  Outros

Hora do curativo

Manhã  Tarde

Manhã  Tarde

Data da Próxima Troca

05.09.19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass.

Danyane S. Tosin CRN

em Enfermagem

Tosin Danyane

Carimbo e Assinatura

COREN-PR 101.101

do Enfermeiro



CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

ASS. [Signature]



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA		
DIAGNÓSTICO: LUX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO		
ALÉRGICAS	HAS	NEGA
DM2	DM2	NEGA
LEITO	424	DATA
		5/9/2019
PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MI
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN	SN
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	SN
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% - EV OU OI CP 50MG VO OF 8/8H SN	SN
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	SN
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	SN
9	CURATIVO DIARIO SN	SN
10	SSV + CCGG 5/6 H	SN
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 1/3C CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 401-450 10UI E OU GLICOSE > 70 DLM. GLICOSE 50% 40 ML EV + 4V/8H PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

HEMOTÓXICO, NORMOCORADO E AFEBRIL  
VIVE SEM RA  
R SEM ALTERAÇÕES  
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
SEM QUEIXAS E DU INTERCORRÊNCIAS  
CD, MANTIDO SUPORTE CLINICO  
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

DR MARCELO BRUNNER  
CRM/RR: 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM/RR: 1918

DATA	PA	FC	FR	TEMP	D	E
8/4	110/60	74	14	36,2	+	+
9/4	130X90	72		36,0	+	+
10/4	65X90	83		36,5	+	-
11/4	100/70	65	18	36,0	-	-

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 | Versão: 06

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2013

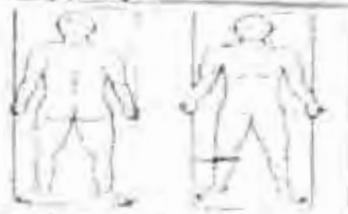
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 424

Nome: Roucas de Souza

DATA: 05/09

Localização / Região



DATA:

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - I

GRAU - II

GRAU - II

Etiologia: Pressão (+) (-) - Trauma: Aterial - Diabética - Neurológica - Cirúrgica - Trauma: Químico

Pressão (+) (-) - Trauma: Aterial - Diabética - Neurológica - Cirúrgica - Trauma: Químico

Tamanho da Ferida: Comprimento: \_\_\_\_\_ cm - Largura: \_\_\_\_\_ cm - Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Comprimento: \_\_\_\_\_ cm - Largura: \_\_\_\_\_ cm - Profundidade: \_\_\_\_\_ cm

Abertura do Leito: Tipo de granulação:  sem escara - Escara

Tipo de granulação:  sem escara - Escara

Quantidade de Exsudato:  sem exs. - Unico pouco - Unico moderado - Molhado abundante

Exsudato:  sem exs. - Unico pouco - Unico moderado - Molhado abundante

Tipo de exsudato:  Seroso - Purulento - Serososanguíneo - Fibrinoso - Sanguinolento

Tipo de exsudato:  Seroso - Purulento - Serososanguíneo - Fibrinoso - Sanguinolento

Cor:  Sim - Não

Cor:  Sim - Não

Odor:  evidente na remoção da cobertura - Sem odor - Evidente ao entrar no quarto - Sem odor

Odor:  evidente na remoção da cobertura - Sem odor - Evidente ao entrar no quarto - Sem odor

Condição da pele Perilesional:  Normal - Vácuada - seca - Eritema - Rubor - Prurido - Outras

Condição da pele Perilesional:  Normal - Vácuada - seca - Eritema - Rubor - Prurido - Outras

Infecção para Impeza:  Sinais Fisiológicos 2/3 - Cores: 1% - Outros

Infecção para Impeza:  Sinais Fisiológicos 2/3 - Cores: 1% - Outros

Cobertura primária:  Não - Fibrose - Colagenase - Solução Ácida de Prata - Outros

Cobertura primária:  Não - Fibrose - Colagenase - Solução Ácida de Prata - Outros

Horário do curativo:  Manhã - Tarde

Horário do curativo:  Manhã - Tarde

Data da Próxima troca: 06.09.19

Em caso de + de 24hs: 06.09.19

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

*[Handwritten signature and stamp]*

TIRES

CONFERE COM ORIGINAL

MORNING	MORNING	MORNING	MORNING
DATE	DATE	DATE	DATE
TIME	TIME	TIME	TIME
ASSISTANT	ASSISTANT	ASSISTANT	ASSISTANT
NO.	NO.	NO.	NO.
	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE 10/10/00</p> <p>TIME 10:00</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>
	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>
	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>
	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>
	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>	<p>ASSISTANT TELEPHONE</p> <p>DATE</p> <p>TIME</p> <p>ASSISTANT</p>

ASSISTANT TELEPHONE

DATE 10/10/00

TIME 10:00

ASSISTANT

ASSISTANT TELEPHONE

DATE

TIME

ASSISTANT

ASSISTANT TELEPHONE

DATE

TIME

ASSISTANT

CONFERE COM ORIGINAL

26/03/09

J

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNOSTI	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	6/9/2019
	PRESCRIÇÃO				HORARIO
	DIETA ORAL LIVRE				CA
	ACESSO VENOSO PÉRIFÉRICO				
1	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN				
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
10	CURATIVO DIARIO SN				
11	SSV + CCGG 6/6 H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA

- REG. FURNÉICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
- AR. MV+ SEM RA
- \* SEM ALTERAÇÕES
- \*\* MBRDS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
- \*\* QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
- \*\* MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
- \*\* OGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTÓPEDIA.

DR MARCUS BRUNNER  
CRM / RR 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM / RR 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	102 x 60	78		36,2 C	+	B	102
12 H	102 x 60	79		36,1 C	+	B	
18 H	102 x 60	80		36,1 C	+	B	
1	90 x 60	79		36,2 C	+	B	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass. \_\_\_\_\_



Acompanhamento das Feridas  
Comissão de Curativos - CC

Unidade: UIC - 1  
Número: 11  
ENFELETO: 424

Paciente: José de Souza

DATA: 06/09/19 Localização: Região

	DATA	DATA
CRAU - I	CRAU - I	
CRAU - II	CRAU - I	
Extensão		
Características		
Rede vascular do leito		
Quantidade de Exsudato		
Cor do exsudato		
Odor		
Costura		
Dimensão da pele Periférica		
Indicação para troca		
Costura primária		
Indicação de troca		
Indicação de curativo		
Data da Próxima troca		

Em caso de + de 24hs: 07/09/19

Indicação para: Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: [Assinatura]

CONFERE COM ORIGINAL  
Em 26/09/19  
Ass: [Assinatura]



DATA / HORA: 22/08/2008  
 ASS. CARIÓTIPO: FERNANDA / FM  
 ASS. LABORATORIO: FERNANDA / FM  
 ASS. LABORATORIO DE PATOLOGIA: FERNANDA / FM

DATA / HORA: 22/08/2008  
 ASS. CARIÓTIPO: FERNANDA / FM  
 ASS. LABORATORIO: FERNANDA / FM  
 ASS. LABORATORIO DE PATOLOGIA: FERNANDA / FM

DATA / HORA: 22/08/2008  
 ASS. CARIÓTIPO: FERNANDA / FM  
 ASS. LABORATORIO: FERNANDA / FM  
 ASS. LABORATORIO DE PATOLOGIA: FERNANDA / FM

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 22/08/2008

08/08

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

424

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
LUCAS DE SOUSA SILVA					
LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
	HAS	NEGA	DMZ	NEGA	
	LEITO	424	DATA	7/9/2019	
PRESCRIÇÃO					HORARIO
DIETA GRAL LIVRE					SAB
ACESSO VENOSO PERIFERICO					manhã
DIPIRONA 1G EV 8/8H SN					
TENOXICAN 20MG EV 12/12H					
FRASAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU OJ 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN					
OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AD DIA					
SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN					
CARTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG					
CURAT VO DIARIO SN					
ESV + CCOG 5/5 H					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, 401-450 10UI E OU GLICOSE 5% 100ML GLICOSE 50% 40ML EV + AVENIA PLANTONISTA

EXAME FÍSICO

GENÉRCO, NORMOCÓRADO E AFEBRIL  
 TENSÃO SEM RA  
 SEM ALTERAÇÕES  
 MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO  
 SEM QUÉIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS  
 ED MANTIDO SUPORTE CLÍNICO  
 PROGRAMAÇÃO NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCELO BRUNNER  
CRM/RR: 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM/RR: 1918

	PA	FC	FR	TEMP		
06/09	145/94	65	-	36,5	++	200 - Curvatura
07/09	140/70	77	-			
08/09	108/63	74	-	36,0	++	200 - Curvatura
09/09	103/63	71	-	36,0	-	200 - Curvatura

CONFERE COM ORIGINAL  
 Em 26/09/19  
 Ass:



<p>EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO</p> <p>DATA: / /</p> <p>MANHA</p> <p>Assim como a vida, a enfermagem também é uma ciência que evolui e se adapta às necessidades da sociedade.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	<p>ASSISTENTE DE ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / /</p> <p>MANHA</p> <p>Assim como a vida, a enfermagem também é uma ciência que evolui e se adapta às necessidades da sociedade.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>
<p>ASSISTENTE DE ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / /</p> <p>TARDE</p> <p>Assim como a vida, a enfermagem também é uma ciência que evolui e se adapta às necessidades da sociedade.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	<p>ASSISTENTE DE ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / /</p> <p>TARDE</p> <p>Assim como a vida, a enfermagem também é uma ciência que evolui e se adapta às necessidades da sociedade.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>
<p>ASSISTENTE DE ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / /</p> <p>NOITE</p> <p>Assim como a vida, a enfermagem também é uma ciência que evolui e se adapta às necessidades da sociedade.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>	<p>ASSISTENTE DE ENFERMAGEM</p> <p>DATA: / /</p> <p>NOITE</p> <p>Assim como a vida, a enfermagem também é uma ciência que evolui e se adapta às necessidades da sociedade.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p>

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 08 / 19

Ass: *[Handwritten signature]*



ESTADO DE PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILLO CRUZ



Polgar Direito



*Lucas de Sousa Silva*

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILLO CRUZ

527795-7

29/03/2017

**LUCAS DE SOUSA SILVA**

PAZ

ANTONIO DA SILVA

RAINUNDA DE SOUSA SILVA

LAGO DA PEDRA - PB

10/11/1984

CERTD NASC 52.401 FLS 208-V LIV 82-A  
2 OF LAGO DA PEDRA - PB

043.691.753-05 AMARU ROCHA TRIANI  
1 VIA

P 1

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILLO CRUZ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA OF ESTADO DA SEGURANÇA PUBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICACÃO DE RORAIMA



*Handwritten signature*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	20.281	DATA DE EMISSÃO	10-07-2001
NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES			
ALUNO			
ZENESILDO ALVES DE SOUZA		LÍDIA	
PAI/MÃE AMORIM			
NATALIDADE	BOA VISTA-RR	DATA DE NASCIMENTO	11/03/1971
COD. ORDEM			
005744 5.260 4.3-12 BOA-VISTA-RR			
CIE 10431082			

*Handwritten signature*

Renato Francisco de Siqueira

10-07-2001

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454768/19

Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA

CPF: 043.691.753-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE SOUSA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### LUCAS DE SOUSA SILVA : 043.691.753-05

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

**Nome:** LUCAS DE SOUSA SILVA

**Identidade:** 527795-7 SSP/RR CPF: 043.691.753-05

**Naturalidade:** LAGÔ DA PEDRA/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Estado Civil:** SOLTEIRO **Profissão:** AJUDANTE DE PEDREIRO

**Endereço:** RUA CURITIBA, 761 – NOVA CIDADE / CEP: 69.316-192

### OUTORGADO:

**Nome:** LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

**Nacionalidade:** BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

**Profissão:** FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

**Endereço:** RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

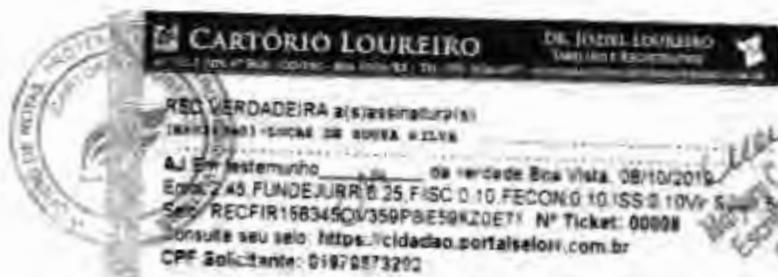
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 11 de setembro de 2019.

CARTORIO LOUREIRO

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454768/19

**Vítima:** LUCAS DE SOUSA SILVA

**CPF:** 043.691.753-05

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 17/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DE SOUSA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

### LUCAS DE SOUSA SILVA : 043.691.753-05

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019  
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES  
CPF: 294.316.382-15

\_\_\_\_\_  
LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

\_\_\_\_\_  
SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190703557**

**Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA**

**Data do Acidente: 17/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUCAS DE SOUSA 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



---

**Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190703557**

**Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA**

**Data do Acidente: 17/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), LUCAS DE SOUSA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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: 04369175305 4 - Nome completo da vítima: LUCCAS DE SOUSA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: LUCCAS DE SOUSA SILVA 6 - CPF: 04369175305

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. CURITIBA 9 - Número: 761 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: NOVA CIDADE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316192

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

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

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

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

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00007444 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir Informar o dígito se existir

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

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

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

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

Notifico o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automatado, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (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 aos(às) beneficiário(s) que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - \_\_\_\_\_

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, 06/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luca de Sousa Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Luanna Souza

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025951/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 09:05 Data/Hora Fim: 03/12/2019 09:37  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM-1810 Data: 17/08/2019  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 17/08/2019 14:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Nova Cidade

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM RUA Z-3

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223- LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO ALITOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Não Houve
110- DANO (Art. 163 Caput de CPB )	Não Houve
1232- DIRIGIR VEÍCULO SEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA DIRIGIR OU CNH OU, AINDA, SE CASSADO O DIREITO DE DIRIGIR, GERANDO PERIGO DE DANO (Art. 309 da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AILLES RODRIGUES DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 26

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA

Nº: 1334

Bairro: RAIAR DO SOL

Nome Civil: LUCAS DE SOUSA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Lagoa da Pedra

Sexo: Masculino

Nasc: 10/11/1986

Profissão: Pedreiro

Escolaridade: Sem instrução

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Raimunda de Sousa Silva

Nome do Pai: Antonio da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 043.691.753-05

RG - Carteira de Identidade: 527795-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CURITIBA

Nº: 761

Complemento: Casa

Bairro: NOVA CIDADE

Telefone: (95) 99124-2240 (Celular)

Nome Civil: WANDELINO SATINO GIMAQUE DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 03/12/2019 09:37

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025951/2019-A01

Profissão: Policial Militar  
Estado Civil: Sem Informação  
Nome da Mãe: Sem Informação

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**Nome Civil:** IRILENE CELESTINO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira      Naturalidade: RR - Boa Vista      Sexo: Feminino      Nasc: 24/06/1992  
Profissão: Do Lar      Escolaridade: Ensino Médio Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Ivanilde Celestino      Nome do Pai: Xavier Santana de Souza

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 019.796.732-92

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Rio Tocantins      Nº: 35  
Bairro: Bela Vista  
Telefone: (95) 98406-0240 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 979.234.272-91	<b>Placa</b> QAN5069
<b>Renavam</b> 00486360946	<b>Número do Motor</b> CCRN64206
<b>Número do Chassi</b> 9BWAB05Z3D4051891	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2013/2012
<b>Cor</b> BRANCA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> VW/FOX 1.6 Gil
<b>Modelo</b> VW/FOX 1.6 Gil	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 24/11/2015	<b>Situação do Veículo</b> NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ailles Rodrigues da Silva	Possuidor

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 043.691.753-05	<b>Placa</b> NAQ1893
<b>Renavam</b> 01081052381	<b>Número do Motor</b> JB01E0G054557
<b>Número do Chassi</b> 9C2JB0100GR054550	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2016/2016
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Roraima
<b>Município Veículo</b> Boa Vista	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/POP 110i
<b>Modelo</b> HONDA/POP 110i	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 21/03/2016	<b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Lucas de Sousa Silva	Proprietário, Possuidor



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 025951/2019-A01

**RELATO/HISTÓRICO**

QUE SEGUNDO ROP/PM-1810 APRESENTADO NESTA CENTRAL DE FLAGRANTES RELATA QUE FORAM ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO E QUE AO CHEGAR NO LOCAL OS ENVOLVIDOS ESTAVAM SENDO ATENDIDOS PELA EQUIPE DE RESGATE/BM E QUE FORAM INFORMADOS PELOS ENVOLVIDOS QUE RELATARAM O SEGUINTE FATO: QUE O SENHOR AILLES RODRIGUES DA SILVA CONDUZIA O VEICULO FOX DE COR BRANCA DE PLACA DAN-5069, NO SENTIDO A AVENIDA BRASIL E O SENHOR LUCAS SOUSA SILVA CONDUZIA A MOTONETA HONDA/POP DE COR PRETA DE PLACA NAQ-1893 NO SENTIDO CONTRARIO E QUE NO SINAL SEMAFÓRICO O SENHOR LUCAS REALIZOU A MANOBRA DE CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ADENTRAR A RUA Z-3, SENDO QUE ESTA MANOBRA É PROIBIDA CONFORME PLACAS DE REGULAMENTAÇÃO QUE EXISTE NO LOCAL, OCASIONANDO O ACIDENTE, QUE AMBOS FORAM REMOVIDO AO HSR E QUE AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS FORAM REALIZADAS E O VEICULO DO SENHOR AILLES FICOU NA RESPONSABILIDADE DO SENHOR ABIMAEEL DA SILVA CONCEIÇÃO E O VEICULO DO SENHOR LUCAS FOI REMOVIDO AO PATIO DO DETRAM/RR, QUE AMBOS OS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE CONFORME CONSTA NO RELATÓRIO NÃO POSSUI CNH. ERA O RELATO.

OS COMUNICANTES E VÍTIMAS SENHORES LUCAS E IRILENE COMPARECERAM NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA ALGUNS DADOS **PARA FINS DE SEGURO DPVAT**, O QUE FOI FEITO ACIMA, INFORMANDO AINDA QUE A SENHORA IRILENE TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NA GARIIPA DA MOTOCICLETA DE PLACAS NAQ-1893 (DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA), ONDE AMBOS FORAM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E SOFRERAM LESÕES CORPORAIS; **E QUE NÃO DESEJAM REPRESENTAR CRIMINALMENTE**. É o aditamento/próximo.

**ASSINATURAS**



Jefferson Inácio Araújo  
Agente de Polícia  
Matrícula: 62003908  
Responsável pelo Atendimento



Lucas de Sousa Silva  
(Comunicante / Vítima / Envolvido / Suposto Autoridade)

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL

DEBORA ALVES MONTAINE

\*Dados para os fins de direito que não são, ainda, responsáveis pelas informações contidas neste documento e nem por danos decorrentes do e/ou omissões em qualquer publicação ou de qualquer natureza prevista no Artigo 230 do Estatuto Orgânico do Município de Boa Vista, Roraima, e no Artigo 2º da Lei Complementar nº 107 de 2006 do Estado de Roraima.

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: 04369175305 4 - Nome completo da vítima: LUCCAS DE SOUSA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 045/2012

5 - Nome completo: LUCCAS DE SOUSA SILVA 6 - CPF: 04369175305

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. CURITIBA 9 - Número: 761 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: NOVA CIDADE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316192

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00007444 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Notifico o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (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 aos únicos 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

30 - Local e Data: BOA VISTA, 06/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luca Sousa Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Luanna Souza

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

TESTEMUNHAS



Para melhor  
gerenciamento  
pelo cliente

SEU CÓDIGO

0000135105536

Roraima Energia S.A.  
Av. Capitão Ené Garcia, 899 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.439/0001-44 | Insc. Estadual: 01.602.100-2  
Nova Fiação | Caixa de Energia - Elétrica - Série S.1  
Prestar serviços de distribuição de energia elétrica sob a SPDAZ 000-1

Nº de Medidor: 0001595810

A Tabela Tarifária de Energia Elétrica - TSE 2018 em vigor  
para a UF-RR, ABZ de 2018, em vigor de 2017

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	31/10/2019	426	327,81

RATHUNDA DE SOUZA SILVA  
R. CURITIBA 761 NOVA CIDADE  
CPF: 00001351055364

CEP: 69.316-192 - BOA VISTA RR/ 15.001.11.01 161600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	426	Atual	06/09/2019
Anterior	1591	Anterior	05/08/2019
Consumo de 11 distribuição	1.000	Anterior Leitura	06/10/2019
Consumo Mensal	426	Entendi	05/09/2019
Consumo Faturado	426	Aplicação	06/09/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						
Classificação	Ligação	Numero Unidade	Plano	Categoria	Multa 12 meses	
RESID. G. RENDA	RESID.	42777324	15.16000	1.1.1.1.1	30%	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo			
AGO/19 328	CONSUMO	30 A R\$ 0,26660 =	7,87
JUL/19 406		70 A R\$ 0,450269 =	31,51
JUN/19 335		120 A R\$ 0,675410 =	81,04
MAI/19 406		206 A R\$ 0,750449 =	154,59
ABR/19 426	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	-	51,35
MAR/19 354	RELIQUÍDAS		7,86
FEV/19 314	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 06/19-00		0,01
JAN/19 302	CORREÇÃO MONETÁRIA IGPM (2X)		2,96
DEZ/18 272	MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)		2,27
NOV/18 447	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		0,46
	MULTA POR ATRASO (2X)		9,60
	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		4,14
	ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,50

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

LIGUE 08001351055 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 13 75 (Parabens). Até o dia 05/10/2019, não haverá mais faturas emitidas nesta Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição				Data de Cálculo			
Energia	70,52			Alíquota ICMS		275,01	
Transmissão	149,54			Valor do ICMS		17,00%	
Encargos	0,00			Valor do PIS		46,75	
Tributos	7,76			Valor do COFINS		0,06	
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	8,85	17,70	35,40	0,40	16,30	32,84	4,81
	0,00			0,00			0,00

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 3299545

**ANTONIO LOPES DA S FILHO**

R. SD PM JACINTO J S SI, 359

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>07/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>22-JUN-19 a 23-JUL-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>498</b>	VENCIMENTO <b>10-AUG-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 441,84</b>

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>539180</b>	MÊS <b>07/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 441,84</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 613/98

Peço exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **043.691.753-05** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **043.691.753-05**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios;

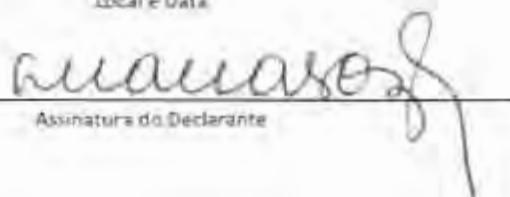
Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD PM JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA	Numero 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR
		CEP 69.313-572
E-mail luanna_souza71@hotmail.com	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) (055) 99116.8367

Boa Vista-RR, 06/12/19  
Local e Data

  
Assinatura do Declarante