



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016161/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/06/2019 10:03 Data/Hora Fim: 02/06/2019 10:17
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 925 CIPTUR Data: 02/06/2019
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 02/06/2019 09:09

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: AV. VILLE ROY C/ AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO

Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO REJANE VICENTE DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Idade 38

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Nao Informado

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 137638

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 13

Nº: 141

Bairro: Jardim Tropical

Nome Civil: JOELSON CASTELO ARAUJO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 04/06/1989

Profissão: Estudante

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Gracinha Maciel Castelo

Nome do Pai: Jose da Silva Araujo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 272754

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.699.372-16

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AVENIDA VILLE ROY

Nº: 7144

Bairro: São Vicente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016161/2019

Telefone: (95) 99153-3066 (Recado)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 819.441.012-68

Renavam 00804055220

Número do Chassi 9C2HA07003R055208

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 11/02/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAK3155

Número do Motor HA07E-3055208

Ano/Modelo Fabricação 2003/2003

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Antonio Rejane Vicente da Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

INFORMO QUE ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO LOCAL, CONFORME INFORMAÇÕES DA VITIMA SENHOR JOELSON CASTELO BRANCO, O MESMO TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/C100 BIZ NA COR VERDE E PLACA NAK3155, NA AVENIDA VILLE ROY SENTIDO CENTRO>BAIRRO, QUANDO AO REALIZAR MANOBRA DE MUDANÇA DE DIREÇÃO (CONVERSÃO À ESQUERDA) PARA SEGUIR NA AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, JÁ TRAFEGANDO NA ROTATÓRIA, ENVOLVEU SE EM COLISÃO COM UM VEICULO IDENTIFICADO APENAS COMO SENDO UMA SPIN NA COR BRANCA, QUE APÓS O EVENTO DANOSO, EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SEGUINDO DESTINO IGNORADO. NA OCASIÃO, A EQUIPE DE RESGATE DO CBM SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E REMOVEU O SENHOR JOELSON PARA O PSE. NÃO HOUVE SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA OFICIAL. FOI CONFECCIONADO AUTO DE INFRAÇÃO DE TRANSITO DEVIDO O SENHOR JOELSON NÃO POSSUIR CNH, PPD OU ACC. AINDA NO LOCAL A HONDA/BIZ FOI LIBERADA PARA A SENHORA HORTENCIA PEREIRA LIMA DE CNH06554907180. DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECCIONADO ESTE RELATÓRIO PARA FINS DE REGISTRO E CONHECIMENTO.

ERA O QUE TINHA A RELATAR. TRANSCRITO CONFORME ROP.

ASSINATURAS

Maurício Ribeiro Dantas da Silva

Agente Carcerário
Matrícula 4200653

Responsável pelo Atendimento

Antonio Rejane Vicente da Silva

(Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil Emerson Luiz Freire

Impresso por: Jefferson Inácio Araújo

Data de Impressão: 04/07/2019 15:27

Protocolo nº: Não disponível



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha este tipo de cobertura:

☐ DADOS (DESPEJAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do Seguro do AS:

3 - CPF do titular:

003.699.372-16

4 - Nome completo do titular:

JOELSON CASTELO ARAÚJO

5 - Nome completo:

JOELSON CASTELO ARAÚJO

6 - CPF:

003.699.372-16

7 - Profissão:

ASTENOMO

8 - Endereço:

AV. VILLE ROY

9 - Cidade:

144

10 - Complemento:

Apie 1

11 - Bairro:

SÃO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-445

15 - E-mail:

confianca@castelo.com

16 - Telefone:

(95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Pais, Tutor ou Curador) Para Titular/Beneficiário menor de 18 anos ou incapaz com curador

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, para todos os fins da lei, residir no endereço acima informado, com posse comprovada anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDIMENTO DO TITULAR DO COMÉRCIO:

☒ RECEITA INFORMAR ☐ SEM RENDIMENTO

☐ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 até R\$ 2.500,00

☐ R\$ 2.501,00 até R\$ 5.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 5.000,00

21 - TIPO DE CONTRATO:

☒ CONTRATO DE PREVIDÊNCIA

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO (MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

☒ CONTRA PREVIDÊNCIA (Contrato para a pessoa do titular, conforme o artigo 10 da Lei nº 13.123/2015)

☐ Benefício (R\$)

☒ Renda (R\$)

☐ Benefício (R\$)

☐ Cotação Econômica Federal (R\$)

AGÊNCIA:

1352

CONTA:

51443

2

(Informe o código da agência)

(Informe o código da conta)

AGÊNCIA:

CONTA:

Autoriza a Seguradora LIDER a efetuar as consultas bancárias informadas, de modo a validar a titularidade, o valor da indenização/benefício do Seguro DPVAT e a qualificação do titular, reconhecendo e dando, desde já, a ciência e a aprovação da emissão, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE AVALIO DO IML - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região da residência ou da cidade residência; ou
 - O IML que atenda a região da residência ou da cidade residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda a região da residência ou da cidade residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a apresentação da análise da Seguradora LIDER para a apresentação do Seguro DPVAT, por avaliação presencial, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que me submeterei a avaliação médica presencial, caso necessário, às custas autorizadas, conforme a disposição 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 discordar da mesma conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÔBITO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se o beneficiário for menor de idade: ☐ Sim ☐ Não

24 - Se o beneficiário for menor de idade:

25 - Se o beneficiário for menor de idade:

26 - Se o beneficiário for menor de idade:

27 - Se o beneficiário for menor de idade:

28 - Se o beneficiário for menor de idade:

29 - Se o beneficiário for menor de idade:

30 - Se o beneficiário for menor de idade:

31 - Se o beneficiário for menor de idade:

32 - Se o beneficiário for menor de idade:

33 - Se o beneficiário for menor de idade:

34 - Se o beneficiário for menor de idade:

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso dissida, a indenização do Seguro DPVAT por morte quando beneficiário (que se apresentar a provar sua responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal).

35 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

36 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

37 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

38 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

39 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e data: BOA VISTA - RR, 26 de novembro de 2019.

Assinatura do titular/beneficiário (declarante)

Assinatura do Promotor (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON CASTELO ARAUJO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000051443-2

Autenticação:

E49301CA19B7B39F53FE61D648D54C6382102903FB79484A1D4E2E74603B3932

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO

CPF: 00005763937899

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CEP: 69.381-050 - BOA VISTA

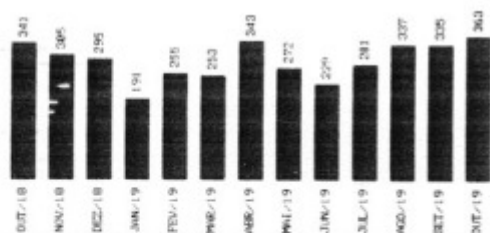
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20134	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 19771	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 29/11/2019	Ligação: BI
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 28/10/2019	Número Medidor: 14TDB00002
Consumo medido: 363	Apresentação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 363	R: 12.001.02.11.403050	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	CONSUMO	363 A R\$ 0,764602 =	277,55
ILUMINACAO PUBLICA			25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 08/2019 Valor R\$ 285,64

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contatos vencidos e já reavizados no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconvidar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIQUE 08007013120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO H32N, 5H82, 6H34, 74C9, 42F9, 43D2, CD4H, 4502 Power

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
				ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	151,21	Encargos:	7,85	Base de Cálculo:	
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18	ICMS:	17,00% 47,18
Transmissão:	0,00			PIS:	0,00000% 0,00
				COFINS:	0,00000% 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 08/2019			EUSD:	110,56

R: 12.001.02.11.403050 Power

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0402-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOELSON CASTELO ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.699.372 / 16,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOELSON CASTELO ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.699.372 / 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

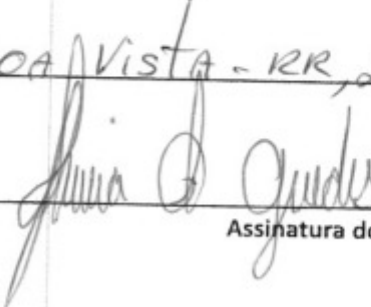
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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: <u>AV. BENTO BRASIL</u>	Número: <u>248</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>BOA VISTA</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>confiancaest@hotmail.com</u>	CEP: <u>69.301-050</u>	Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u>

Local e Data: BOA VISTA - RR, 26 de novembro de 2019.


Assinatura do Declarante

[illegible]

12 JAN 40 07 12

1.24

סמל: 42

BRASIL 412

9.26
 10.00

N

(45) 99443-7826

... Δp ...

— —
 2019 2020

255 25422

12911

700 50 50 0 50

ALEXANDER

— Série de l'Empire

— Série de l'Empire

— Série de l'Empire

TC: (A)

AD: 1 2 3 4 AC: 1 2 3 4 5 BC: 1 2 3 4 5 6

[illegible]

Comunidade. Reforçada em outubro 1964 - 1965

SANT - Exames Complementares

PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Diagramme 2g


 40m 
 40m 
 40m 
 40m 
 40m 
 40m 
 40m

And: $0.2 \times 10^6 \text{ g}$

Sub Reman - Luron

DR. JAMES A. LOPEZ, M.D.
CNA-RR 165

[illegible]

☐ Alia dos: Jackson Ribeiro
☐ Alia do: Pedro
☐ Alia do: Paulo
☐ Alia do: Paulo

Nome: _____

Matrícula: _____

Disciplina: _____

Professor: _____

Data: _____

Assinatura: _____

[illegible]

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impressa per alexsandra.pernu2
Data Hora: 02/06/2015 09:32:52

Correspondence: Dr. R. A. H. van't Hof-Grootenboer, Department of Clinical Chemistry, University Hospital Groningen, P.O. Box 30.001, 3000 RB Groningen, The Netherlands. Tel: +31 (0) 931 304511. Fax: +31 (0) 931 304512. E-mail: r.a.h.van't.hof-grootenboer@azg.azg.azg.nl

454105162-5280956124250222F-D514-1088-AAAC-7603-ADT3011.html

9

BLUDD

Ata: 28/06/2019

LAIADO PARA AÇÃO DE INDENIZAÇÃO
DE INDENIZAÇÃO DE DANOS MATERIAISSINISTRO
LADO DA
SINISTROSINISTRO
LADO DA
SINISTROCONDIÇÃO DO VEÍCULO DANIFICADO
QUANTO ÀS PARTES DANIFICADAS

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Possuindo o veículo em questão, queimado
devido a uma falha no sistema elétrico
e término de vida

C/10000

SINISTRO DO VEÍCULO DANIFICADO

Possuindo o veículo em questão, queimado
devido a uma falha no sistema elétrico
e término de vida

UMA LATA DE ÓLEO DE MOTOR
PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO

Requisição de Interferência
C/10000

Requisição de Interferência
C/10000

Requisição de Interferência
C/10000

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

REQUISIÇÃO DE INTERVENÇÃO

0408010134

5430

V299

ata 2.6



Jelson Carlos Araújo

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 02/06/2019

CS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Lesão traumática do ombro (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução incremental do ombro

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução de ombro

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a mesma

CIRURGIÃO: Dr. Jelson

1º AUXILIAR: Jara Guilhermina

2º AUXILIAR: Thiago Quirino

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: Geral - endovenosa

ANESTESISTAS: Dr. A. Gomes

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado

1. Injeção da fratura sob tração

Manipulação de compressão

Colocação de Típula.

Dr. Jelson Carlos Araújo
CRM-RR 586

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		DATA
Jorgeon castelo Araujo		02 / 06 / 19
APT OU LLITO	Nº DO PRONTO-SOLAR	
08A		
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO
TIPO		INICIO
Cirurgia ombro "e"		11:28
		FIM
		11:30
EQUIPE MÉDICA		TEMPO TOTAL
ANESTESISTA		
DR. Adonias		
RES. ANESTESIA		
R. Neto		
INSTRUMENTADOR		
CIRCUJANTE		
Nouza / Ramundo		
TEMPO DE DURAÇÃO		
QUANT		
MATERIAIS		
PQTS COMPRESSAS C/03		
LNU		
PACOTES GAZE		
LUVA ESTÉRIL 7.5		
LUVA ESTÉRIL 7.5		
LUVA ESTÉRIL 8.0		
LUVA ESTÉRIL 8.5		
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		
LAMINA BISTURI Nº		
DRENO DE SUÇÃO Nº		
DRENO DE TORAX Nº		
DRENO DE PENROSE Nº		
SERINGA 0.1ML		
SERINGA 0.5ML		
SERINGA 1.0ML		
SERINGA 2.0ML		
FRASCOS SORO FISIOLÓGICO 250 ml		
Frasco Negro		
FRASCOS SORO RINGER LACTADO		
FRASCOS SORO GLUCOSADO		
FIO VICRYL Nº		
FIO MONONYLON Nº		
FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
FIO CATGUT SIMPLES Nº		
FIO CATGUT CROMADO Nº		
FIO PROLENE Nº		
FIO SEDA Nº		
SURGICEI		
CERA P/ OSO		
KIT CATARATA Nº		
GLOPOMAT Adrenalina		
PITA EMBRACA Esteril 02		
LIMPOS: Etilados		

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DO RESPONSÁVEL INSTRUMENTADOR (A)		DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
Ana Renato		SUB-TOTAL	
FUNÇÃO: CALCULOS		TAXA DE SALA	
CIRCUJANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA	
Nouza / Ramundo		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

A-64
100-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>JOELSON CASTOR ALVES</u>					
AGNOSTIA <u>LUXAÇÃO do joelho e fratura torácica</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE <u>75</u>		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MASSAGEM
3	SF 0.9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O LIT				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h S/N				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSV + CCG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO SN				
14					
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 OS GLICOSE < 70
 DULMI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR F. ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- #ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- #EXAME FÍSICO: H+G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- #SOLICITADO:
- #CONDIÇÃO: MANTIDA
- #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- #PREVISÃO DE ALTA:

Dr. João Carlos Aguiar
 CRM-RR 366

Ogns PA: 128/85 FC: 92

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	128/85	92	
18 H	108/69	103	
24 H			

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Plantão Noturno

Adm. medicações conforme
 prescrição médica, exceto item
 ③, pois farmácia não disponível
 30ml. Atropina SSVV segue ao

Dr. João Carlos Aguiar
 Tcc. em Enfermagem
 COREN-RR 10000 - 197

03/05/2015

PA: 11x7
 P: 86
 F: 36

03/05/19
 Plavindo Aguiar
 Paciente
 Sem Progressão
 Médica do Dia

Antônio Francisco
 Coordenador de Enfermagem - 197



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborado em: 08/2014

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

golson castelo bronze

Leito: 64

Data: 03/06/19

Localização



Região: MLD



Região:

Etiologia

☐ LPP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma Tração Fissão Externa ☐ Isotopia
☐ Outro:

☐ LPP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma Tração Externa ☐ Isotopia
☐ Outro:

Aparência do

Leito

☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros
☒ Normal ☐ Mucoso ☐ Seca ☐ Úlcera/Rubor
☐ Outro:

☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros
☐ Normal ☐ Mucoso ☐ Seca ☐ Úlcera/Rubor
☐ Outro:

Pele Periférica

☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

Quantidade de

Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de

Limpieza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Trocen

☒ 2/2 ☐ Aliança ☐ Diário ☐ 48/48h

☐ 2/2 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou procedimento

Frontal de...
 Técnica em...
 COREN PR 57212-15

Frontal de...
 Técnica em...
 COREN PR 57212-15

Observações:

120-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DI		ON	
FACIENTE		JONAS CARLOS AZEVEDO			
DIAGNÓSTICO		LUXAÇÃO ANTERO (E) + FRACTURA TORNOZELO			
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORARIO	
	1	DILTA ORAL LIVRE		SU/D	
	2	AVK: SEU 0,9% 500ml 1X3/d		Mante	
	3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8h		20-10	
	4	TILATEL 20mg 12/12hs		20-10-14	
	5	CIPROFLOXACINA 250mg EV 8/8h		SU	
	6	TRAMAL 100MG : SEU 0,9% 100ml EV 8/8h (20mg) VO DE 8/8h SE POR INTENSA		SU	
	7	PLASIL 40 mg EV 8/8h (S/N)		SU	
	8	FANTODINA 50MG EV 8/8hs		SU	
	9	SIMPLICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SU	
	10	SSVV + CCGG 8/8 h		SU	
	12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 FOU PAD > 110 MMHG		SU	
	14	CURATIVO DIÁRIO		SU	
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; 401-450: 6UI; 451-500: 7UI; 501-550: 8UI; 551-600: 9UI; 601-650: 10UI; 651-700: 11UI; 701-750: 12UI; 751-800: 13UI; 801-850: 14UI; 851-900: 15UI; 901-950: 16UI; 951-1000: 17UI; 1001-1050: 18UI; 1051-1100: 19UI; 1101-1150: 20UI; 1151-1200: 21UI; 1201-1250: 22UI; 1251-1300: 23UI; 1301-1350: 24UI; 1351-1400: 25UI; 1401-1450: 26UI; 1451-1500: 27UI; 1501-1550: 28UI; 1551-1600: 29UI; 1601-1650: 30UI; 1651-1700: 31UI; 1701-1750: 32UI; 1751-1800: 33UI; 1801-1850: 34UI; 1851-1900: 35UI; 1901-1950: 36UI; 1951-2000: 37UI; 2001-2050: 38UI; 2051-2100: 39UI; 2101-2150: 40UI; 2151-2200: 41UI; 2201-2250: 42UI; 2251-2300: 43UI; 2301-2350: 44UI; 2351-2400: 45UI; 2401-2450: 46UI; 2451-2500: 47UI; 2501-2550: 48UI; 2551-2600: 49UI; 2601-2650: 50UI; 2651-2700: 51UI; 2701-2750: 52UI; 2751-2800: 53UI; 2801-2850: 54UI; 2851-2900: 55UI; 2901-2950: 56UI; 2951-3000: 57UI; 3001-3050: 58UI; 3051-3100: 59UI; 3101-3150: 60UI; 3151-3200: 61UI; 3201-3250: 62UI; 3251-3300: 63UI; 3301-3350: 64UI; 3351-3400: 65UI; 3401-3450: 66UI; 3451-3500: 67UI; 3501-3550: 68UI; 3551-3600: 69UI; 3601-3650: 70UI; 3651-3700: 71UI; 3701-3750: 72UI; 3751-3800: 73UI; 3801-3850: 74UI; 3851-3900: 75UI; 3901-3950: 76UI; 3951-4000: 77UI; 4001-4050: 78UI; 4051-4100: 79UI; 4101-4150: 80UI; 4151-4200: 81UI; 4201-4250: 82UI; 4251-4300: 83UI; 4301-4350: 84UI; 4351-4400: 85UI; 4401-4450: 86UI; 4451-4500: 87UI; 4501-4550: 88UI; 4551-4600: 89UI; 4601-4650: 90UI; 4651-4700: 91UI; 4701-4750: 92UI; 4751-4800: 93UI; 4801-4850: 94UI; 4851-4900: 95UI; 4901-4950: 96UI; 4951-5000: 97UI; 5001-5050: 98UI; 5051-5100: 99UI; 5101-5150: 100UI; 5151-5200: 101UI; 5201-5250: 102UI; 5251-5300: 103UI; 5301-5350: 104UI; 5351-5400: 105UI; 5401-5450: 106UI; 5451-5500: 107UI; 5501-5550: 108UI; 5551-5600: 109UI; 5601-5650: 110UI; 5651-5700: 111UI; 5701-5750: 112UI; 5751-5800: 113UI; 5801-5850: 114UI; 5851-5900: 115UI; 5901-5950: 116UI; 5951-6000: 117UI; 6001-6050: 118UI; 6051-6100: 119UI; 6101-6150: 120UI; 6151-6200: 121UI; 6201-6250: 122UI; 6251-6300: 123UI; 6301-6350: 124UI; 6351-6400: 125UI; 6401-6450: 126UI; 6451-6500: 127UI; 6501-6550: 128UI; 6551-6600: 129UI; 6601-6650: 130UI; 6651-6700: 131UI; 6701-6750: 132UI; 6751-6800: 133UI; 6801-6850: 134UI; 6851-6900: 135UI; 6901-6950: 136UI; 6951-7000: 137UI; 7001-7050: 138UI; 7051-7100: 139UI; 7101-7150: 140UI; 7151-7200: 141UI; 7201-7250: 142UI; 7251-7300: 143UI; 7301-7350: 144UI; 7351-7400: 145UI; 7401-7450: 146UI; 7451-7500: 147UI; 7501-7550: 148UI; 7551-7600: 149UI; 7601-7650: 150UI; 7651-7700: 151UI; 7701-7750: 152UI; 7751-7800: 153UI; 7801-7850: 154UI; 7851-7900: 155UI; 7901-7950: 156UI; 7951-8000: 157UI; 8001-8050: 158UI; 8051-8100: 159UI; 8101-8150: 160UI; 8151-8200: 161UI; 8201-8250: 162UI; 8251-8300: 163UI; 8301-8350: 164UI; 8351-8400: 165UI; 8401-8450: 166UI; 8451-8500: 167UI; 8501-8550: 168UI; 8551-8600: 169UI; 8601-8650: 170UI; 8651-8700: 171UI; 8701-8750: 172UI; 8751-8800: 173UI; 8801-8850: 174UI; 8851-8900: 175UI; 8901-8950: 176UI; 8951-9000: 177UI; 9001-9050: 178UI; 9051-9100: 179UI; 9101-9150: 180UI; 9151-9200: 181UI; 9201-9250: 182UI; 9251-9300: 183UI; 9301-9350: 184UI; 9351-9400: 185UI; 9401-9450: 186UI; 9451-9500: 187UI; 9501-9550: 188UI; 9551-9600: 189UI; 9601-9650: 190UI; 9651-9700: 191UI; 9701-9750: 192UI; 9751-9800: 193UI; 9801-9850: 194UI; 9851-9900: 195UI; 9901-9950: 196UI; 9951-10000: 197UI; 10001-10050: 198UI; 10051-10100: 199UI; 10101-10150: 200UI; 10151-10200: 201UI; 10201-10250: 202UI; 10251-10300: 203UI; 10301-10350: 204UI; 10351-10400: 205UI; 10401-10450: 206UI; 10451-10500: 207UI; 10501-10550: 208UI; 10551-10600: 209UI; 10601-10650: 210UI; 10651-10700: 211UI; 10701-10750: 212UI; 10751-10800: 213UI; 10801-10850: 214UI; 10851-10900: 215UI; 10901-10950: 216UI; 10951-11000: 217UI; 11001-11050: 218UI; 11051-11100: 219UI; 11101-11150: 220UI; 11151-11200: 221UI; 11201-11250: 222UI; 11251-11300: 223UI; 11301-11350: 224UI; 11351-11400: 225UI; 11401-11450: 226UI; 11451-11500: 227UI; 11501-11550: 228UI; 11551-11600: 229UI; 11601-11650: 230UI; 11651-11700: 231UI; 11701-11750: 232UI; 11751-11800: 233UI; 11801-11850: 234UI; 11851-11900: 235UI; 11901-11950: 236UI; 11951-12000: 237UI; 12001-12050: 238UI; 12051-12100: 239UI; 12101-12150: 240UI; 12151-12200: 241UI; 12201-12250: 242UI; 12251-12300: 243UI; 12301-12350: 244UI; 12351-12400: 245UI; 12401-12450: 246UI; 12451-12500: 247UI; 12501-12550: 248UI; 12551-12600: 249UI; 12601-12650: 250UI; 12651-12700: 251UI; 12701-12750: 252UI; 12751-12800: 253UI; 12801-12850: 254UI; 12851-12900: 255UI; 12901-12950: 256UI; 12951-13000: 257UI; 13001-13050: 258UI; 13051-13100: 259UI; 13101-13150: 260UI; 13151-13200: 261UI; 13201-13250: 262UI; 13251-13300: 263UI; 13301-13350: 264UI; 13351-13400: 265UI; 13401-13450: 266UI; 13451-13500: 267UI; 13501-13550: 268UI; 13551-13600: 269UI; 13601-13650: 270UI; 13651-13700: 271UI; 13701-13750: 272UI; 13751-13800: 273UI; 13801-13850: 274UI; 13851-13900: 275UI; 13901-13950: 276UI; 13951-14000: 277UI; 14001-14050: 278UI; 14051-14100: 279UI; 14101-14150: 280UI; 14151-14200: 281UI; 14201-14250: 282UI; 14251-14300: 283UI; 14301-14350: 284UI; 14351-14400: 285UI; 14401-14450: 286UI; 14451-14500: 287UI; 14501-14550: 288UI; 14551-14600: 289UI; 14601-14650: 290UI; 14651-14700: 291UI; 14701-14750: 292UI; 14751-14800: 293UI; 14801-14850: 294UI; 14851-14900: 295UI; 14901-14950: 296UI; 14951-15000: 297UI; 15001-15050: 298UI; 15051-15100: 299UI; 15101-15150: 300UI; 15151-15200: 301UI; 15201-15250: 302UI; 15251-15300: 303UI; 15301-15350: 304UI; 15351-15400: 305UI; 15401-15450: 306UI; 15451-15500: 307UI; 15501-15550: 308UI; 15551-15600: 309UI; 15601-15650: 310UI; 15651-15700: 311UI; 15701-15750: 312UI; 15751-15800: 313UI; 15801-15850: 314UI; 15851-15900: 315UI; 15901-15950: 316UI; 15951-16000: 317UI; 16001-16050: 318UI; 16051-16100: 319UI; 16101-16150: 320UI; 16151-16200: 321UI; 16201-16250: 322UI; 16251-16300: 323UI; 16301-16350: 324UI; 16351-16400: 325UI; 16401-16450: 326UI; 16451-16500: 327UI; 16501-16550: 328UI; 16551-16600: 329UI; 16601-16650: 330UI; 16651-16700: 331UI; 16701-16750: 332UI; 16751-16800: 333UI; 16801-16850: 334UI; 16851-16900: 335UI; 16901-16950: 336UI; 16951-17000: 337UI; 17001-17050: 338UI; 17051-17100: 339UI; 17101-17150: 340UI; 17151-17200: 341UI; 17201-17250: 342UI; 17251-17300: 343UI; 17301-17350: 344UI; 17351-17400: 345UI; 17401-17450: 346UI; 17451-17500: 347UI; 17501-17550: 348UI; 17551-17600: 349UI; 17601-17650: 350UI; 17651-17700: 351UI; 17701-17750: 352UI; 17751-17800: 353UI; 17801-17850: 354UI; 17851-17900: 355UI; 17901-17950: 356UI; 17951-18000: 357UI; 18001-18050: 358UI; 18051-18100: 359UI; 18101-18150: 360UI; 18151-18200: 361UI; 18201-18250: 362UI; 18251-18300: 363UI; 18301-18350: 364UI; 18351-18400: 365UI; 18401-18450: 366UI; 18451-18500: 367UI; 18501-18550: 368UI; 18551-18600: 369UI; 18601-18650: 370UI; 18651-18700: 371UI; 18701-18750: 372UI; 18751-18800: 373UI; 18801-18850: 374UI; 18851-18900: 375UI; 18901-18950: 376UI; 18951-19000: 377UI; 19001-19050: 378UI; 19051-19100: 379UI; 19101-19150: 380UI; 19151-19200: 381UI; 19201-19250: 382UI; 19251-19300: 383UI; 19301-19350: 384UI; 19351-19400: 385UI; 19401-19450: 386UI; 19451-19500: 387UI; 19501-19550: 388UI; 19551-19600: 389UI; 19601-19650: 390UI; 19651-19700: 391UI; 19701-19750: 392UI; 19751-19800: 393UI; 19801-19850: 394UI; 19851-19900: 395UI; 19901-19950: 396UI; 19951-20000: 397UI; 20001-20050: 398UI; 20051-20100: 399UI; 20101-20150: 400UI; 20151-20200: 401UI; 20201-20250: 402UI; 20251-20300: 403UI; 20301-20350: 404UI; 20351-20400: 405UI; 20401-20450: 406UI; 20451-20500: 407UI; 20501-20550: 408UI; 20551-20600: 409UI; 20601-20650: 410UI; 20651-20700: 411UI; 20701-20750: 412UI; 20751-20800: 413UI; 20801-20850: 414UI; 20851-20900: 415UI; 20901-20950: 416UI; 20951-21000: 417UI; 21001-21050: 418UI; 21051-21100: 419UI; 21101-21150: 420UI; 21151-21200: 421UI; 21201-21250: 422UI; 21251-21300: 423UI; 21301-21350: 424UI; 21351-21400: 425UI; 21401-21450: 426UI; 21451-21500: 427UI; 21501-21550: 428UI; 21551-21600: 429UI; 21601-21650: 430UI; 21651-21700: 431UI; 21701-21750: 432UI; 21751-21800: 433UI; 21801-21850: 434UI; 21851-21900: 435UI; 21901-21950: 436UI; 21951-22000: 437UI; 22001-22050: 438UI; 22051-22100: 439UI; 22101-22150: 440UI; 22151-22200: 441UI; 22201-22250: 442UI; 22251-22300: 443UI; 22301-22350: 444UI; 22351-22400: 445UI; 22401-22450: 446UI; 22451-22500: 447UI; 22501-22550: 448UI; 22551-22600: 449UI; 22601-22650: 450UI; 22651-22700: 451UI; 22701-22750: 452UI; 22751-22800: 453UI; 22801-22850: 454UI; 22851-22900: 455UI; 22901-22950: 456UI; 22951-23000: 457UI; 23001-23050: 458UI; 23051-23100: 459UI; 23101-23150: 460UI; 23151-23200: 461UI; 23201-23250: 462UI; 23251-23300: 463UI; 23301-23350: 464UI; 23351-23400: 465UI; 23401-23450: 466UI; 23451-23500: 467UI; 23501-23550: 468UI; 23551-23600: 469UI; 23601-23650: 470UI; 23651-23700: 471UI; 23701-23750: 472UI; 23751-23800: 473UI; 23801-23850: 474UI; 23851-23900: 475UI; 23901-23950: 476UI; 23951-24000: 477UI; 24001-24050: 478UI; 24051-24100: 479UI; 24101-24150: 480UI; 24151-24200: 481UI; 24201-24250: 482UI; 24251-24300: 483UI; 24301-24350: 484UI; 24351-24400: 485UI; 24401-24450: 486UI; 24451-24500: 487UI; 24501-24550: 488UI; 24551-24600: 489UI; 24601-24650: 490UI; 24651-24700: 491UI; 24701-24750: 492UI; 24751-24800: 493UI; 24801-24850: 494UI; 24851-24900: 495UI; 24901-24950: 496UI; 24951-25000: 497UI; 25001-25050: 498UI; 25051-25100: 499UI; 25101-25150: 500UI; 25151-25200: 501UI; 25201-25250: 502UI; 25251-25300: 503UI; 25301-25350: 504UI; 25351-25400: 505UI; 25401-25450: 506UI; 25451-25500: 507UI; 25501-25550: 508UI; 25551-25600: 509UI; 25601-25650: 510UI; 25651-25700: 511UI; 25701-25750: 512UI; 25751-25800: 513UI; 25801-25850: 514UI; 25851-25900: 515UI; 25901-25950: 516UI; 25951-26000: 517UI; 26001-26050: 518UI; 26051-26100: 519UI; 26101-26150: 520UI; 26151-26200: 521UI; 26201-26250: 522UI; 26251-26300: 523UI; 26301-26350: 524UI; 26351-26400: 525UI; 26401-26450: 526UI; 26451-26500: 527UI; 26501-26550: 528UI; 26551-26600: 529UI; 26601-26650: 530UI; 26651-26700: 531UI; 26701-26750: 532UI; 26751-26800: 533UI; 26801-26850: 534UI; 26851-26900: 535UI; 26901-26950: 536UI; 26951-27000: 537UI; 27001-27050: 538UI; 27051-27100: 539UI; 27101-27150: 540UI; 27151-27200: 541UI; 27201-27250: 542UI; 27251-27300: 543UI; 27301-27350: 544UI; 27351-27400: 545UI; 27401-27450: 546UI; 27451-27500: 547UI; 27501-27550: 548UI; 27551-27600: 549UI; 27601-27650: 550UI; 27651-27700: 551UI; 27701-27750: 552UI; 27751-27800: 553UI; 27801-27850: 554UI; 27851-27900: 555UI; 27901-27950: 556UI; 27951-28000: 557UI; 28001-28050: 558UI; 28051-28100: 559UI; 28101-28150: 560UI; 28151-28200: 561UI; 28201-28250: 562UI; 28251-28300: 563UI; 28301-28350: 564UI; 28351-28400: 565UI; 28401-28450: 566UI; 28451-28500: 567UI; 28501-28550: 568UI; 28551-28600: 569UI; 28601-28650: 570UI; 28651-28700: 571UI; 28701-28750: 572UI; 28751-28800: 573UI; 28801-28850: 574UI; 28851-28900: 575UI; 28901-28950: 576UI; 28951-29000: 577UI; 29001-29050: 578UI; 29051-29100: 579UI; 29101-29150: 580UI; 29151-29200: 581UI; 29201-29250: 582UI; 29251-29300: 583UI; 29301-29350: 584UI; 29351-29400: 585UI; 29401-29450: 586UI; 29451-29500: 587UI; 29501-29550: 588UI; 29551-29600: 589UI; 29601-29650: 590UI; 29651-29700: 591UI; 29701-29750: 592UI; 29751-29800: 593UI; 29801-29850: 594UI; 29851-29900: 595UI; 29901-299					

120-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE MORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DI		DN	
PACIENTE: <i>Joelson Antônio Araújo</i>					
DIAGNÓSTICO: <i>Luxação do L. C. + Fratura T.N.3</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		15/00	120-1	DATA	03-06-19
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	GLICIA DIAR. LIVRE				
2	AVH. SF0.9% 500ml 1x/dia				
3	CECALOINA 1g EV 6/6h				
4	KLATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV RD S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV C/ 21cp (20cp) VO DE 8/6h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 40 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 6/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 h				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-240: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE 470 DUML, GLICOSE 500g 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

06-32

HORÁRIO
SND

SA
SA
ROTINA
SA
S.T.F

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 10457-0/00-001

EVOLUÇÃO MÉDICA:

As biópsia para programação cirúrgica

BEZ

	PA	FC	T
SINAIS VITAIS			
6 H	119x70	109	37,7
12 H	124x81	97	37,7
18 H	128x86	94	35,7°C
24 H	130x80	90	36,7

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

12h - Sem intercorrências na
plantão e segue seg. por
dados de enfermagem
Dr. Di Giovanni

Genória dos Santos Pereira
Técnicos de Estimação e
CAREN-RR 751.380-1



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



410
2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	410-2	DATA
ITEM				HORARIO
1	D.ETA ORAL LIVRE			5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			meio dia
3	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8 20% AD			
6	TRAMAL 120MG - SF 0.9% EV OU 31 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 113 MMMHG			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 250-250: 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 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				
21				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	PC	FC	T
6 H	127x80	97	-	35.8
12 H	110x80	72	128	36.9
18 H	122x77	98	20	37.5°C
24 H	116x78	90	-	36.5

Dr. [Assinatura]
GABINETE

410-2 a



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN #####	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO					
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		410-2		DATA	
ITEM							HORARIO
1		DIETA ORAL LIVRE					SND
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					MANTER.
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SU
4							
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6					18 18 21 06
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 31 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SA
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
9		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MM/HG					
10		SSVV + CCGS 8/8 H					ROTINA
12							
14							
15							
16							
17							
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA					
19							
20							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista
CRM 55.161

Dr. Odairchi Costa
Médico Nefrologista
Unidade Nefrologia
CRM 25.118

SINAIS VITAIS				
6 H	107,70	98	20	37,2
12 H	107,70	98	20	37,2
18 H	107,70	98	20	37,2
24 H	107,70	98	20	37,2

+ Realizado troca de AUP as 22h
 Telco 18.11

4102



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#00000000		
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO								
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ								
ALERGIAS		HAS								
IDADE		LEITO		410-2		DM2		DATA		
13 EM								09/06/2019		
1		DIETA ORAL LIVRE							HORÁRIO	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							SND	
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)							Manten	
4										
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6							12:30 14:30	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU C1 OP VO DE 8/8h SE DGR INT LNSA							FV	
7		PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)								
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N								
9		CAPTOPRIL 25MG VO SL PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG								
10		SSVV + CCGG 6/6 H							Rótina	
12										
14										
15										
16										
17										
18										
19		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),								
20		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								
		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%								
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SEMCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: D.E.G, LDTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO.

PREVISÃO DL ALTA: SEM PREVISÃO Fm: 06/06/2019

CONDUITA: MANTIDA Fm: 06/06/2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	R
6 H	125x81	84	36,2°C	sem rales
12 H	130/80	93	36,3	
18 H	133/90	90	36,3	
24 H	132x80	80	36,4°C	sem rales

Dr. Afonso Aguiar
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.404

Tratamento de Feridas

ZCCR

Paciente: Goldson, Carlos, Marcelo

Leito: 410-2

Data: 09/06/19

Localização



Região: M.I.D.

Classificação: I (X) II ()



Região: _____

Classificação: I () II ()

Etiologia

☐ UPP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros: _____

☐ UPP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros: _____

Aparência do Leito

☐ Secrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____

☐ Secrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____

Pele Periférica

☒ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outros: _____

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outros: _____

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Serosangüíneo ☐ Seco
☐ Outros: _____

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Serosangüíneo ☐ Seco
☐ Outros: _____

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros: _____

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros: _____

Tecido

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profilaxia que realizou procedimento:

Antes de usar o produto, lavar as mãos com água e sabão.

Antes de usar o produto, lavar as mãos com água e sabão.

Antes de usar o produto, lavar as mãos com água e sabão.

Observações:

410-02



SECRETARIA DE SAÚDE DE JOINVILLE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: JOELSON CARLOS ALVES					
DIAGNÓSTICO: Lx. Om. 13a + 13a. FM					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DMZ	NEGA
IDADE:		LEITO	410-2	DATA	10/08/15
T.M.		PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SVP. SF 0.9% 500ml 1X/dia				
3	OFFA OITINA 1G FV 6/6				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 200mg FV 6/6 S/N				
6	GRASAL 100mg - SF 0.3% 100ml FV 6/6 (Circ. 2mg/kg) VO DE 8/8 SE DOR INTENSA				
7	PLASPI 10 mg LV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 h				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 113 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≥ 70 DM/L, GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

12-14-24-06
 18-06
 14-24-06
 Polim
 S/N
 Curativo

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Admitido para programação cirúrgica

Paciente admitido
 Apoiado com
 Suficiente para cirurgia

Dr. João A. Lopes Aguiar
 ORTOPEDIA

SINAIS VITAIS	PA	P	TA	R
8 H	140/90	93	36	
12 H	130/80	86	36.5	18
14 H	108/74	88	36.3c	19
20 H	140/90	90	36.5	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

Coluna 4a B. Joinville, 10/08/15
 10/08/15
 08:00h
 Coluna



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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/06/2019	DH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	410-2	DATA 11/06/2019
ITEM	HÓRARIO			
1	DIETA CRAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/6			
6	TRAMAL 100MG - SF 0.8% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/MI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/MI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEO, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO.
CONDUTA: MANTIDA

Carlos Henrique Rosa
Médico
CRM-RR 422

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	ST
6 H	110/80	70		36.5
12 H	130/80	86	20	36.5
18 H	120/70	85	19	36.5
24 H	105/66	92		36.0

07 e 13 h. Medicados + SSVV por s/ queixas no período. Tec

Dr. Carlos Henrique Rosa
Téc. Enfermagem
CRM-RR 422



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA 12/06/2019
ITEM	HORARIO			
1	DELTA OXVI. LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 9/8 h (S/N)			
4	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
5	DIPIRONA 2ML EV 8/6			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 51 CP VO DE 9/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10mg EV 8/6h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	SSVV + COGG 6/3 H			
10	FISIOTERAPIA OMBRO			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI, 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SLM
ALÍTRACÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

Colégio de Médicos: 13/06/19

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	145/89	81	48	36,2
18 H	130/74	80	47	36,5
24 H	113/82	92	48	36,1

4102



Protocolo de Ferimentos de

Protocolo

Versão 08

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 01/2015

Tratamento e Ferimento

Paciente:

Teodoro Bruno

RG

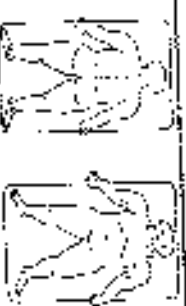
Leitor 4405-2

Data: 01/06/19

Localização



Região: MZC



Região:

Patologia

☒ Queimadura IV 2º ☐ Queimadura I ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração ☒ Fator Externo ☒ Penetração
☐ Outros:

☒ Queimadura IV 2º ☐ Queimadura I ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração ☐ Fator Externo ☐ Penetração
☐ Outros:

Apresentação de

☐ Necrose Amarelada/Negra ☒ Escarado ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros:

☐ Necrose Amarelada/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros:

Pele Periférica

☒ Normal ☐ Mucurada ☐ Jacea ☐ Brilante / Rubor
☐ Outros:

☐ Normal ☐ Mucurada ☐ Jacea ☐ Brilante / Rubor
☐ Outros:

Tipo de Exsudação

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Seco
☐ Outros:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Seco
☐ Outros:

Composição de

☐ Melhado ☒ Soro ☐ Seco

☐ Melhado ☐ Cuidado ☐ Seco

Solução de

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Limpeza

☒ Gaze ☐ Colapase/Fenolase ☒ Solução de Prata ☐ Hidrocol

☐ Gaze ☐ Colapase/Fenolase ☐ Solução de Prata ☐ Hidrocol

Cobertura

☒ Gaze ☐ Colapase/Fenolase ☒ Solução de Prata ☐ Hidrocol

☐ Gaze ☐ Colapase/Fenolase ☐ Solução de Prata ☐ Hidrocol

Procedimento de

☒ Gaze ☐ Colapase/Fenolase ☒ Solução de Prata ☐ Hidrocol

☐ Gaze ☐ Colapase/Fenolase ☐ Solução de Prata ☐ Hidrocol

Observações

Lembrete
 Higienização
 Curativo
 Curativo
 Curativo

Higienização
 Curativo
 Curativo
 Curativo

Higienização
 Curativo
 Curativo
 Curativo

410-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MEDICA					

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####		
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO								
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ								
ALERGIAS		HAS		DM2						
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA		
ITEM									HORARIO	
1		DIETA ORAL LIVRE							S.W.	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							mantido	
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							S/N	
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG							S/N	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6							18/05/2019	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							S/N	
7		PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)							S/N	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							S/N	
9		SSVV + CCGG 6/6 H							S/N	
10		FISIOTERAPIA OMBRO							S/N	
12										
14										
15										
16										
17										
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
19										
20										

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BLO, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM BREVISÃO.

CONDUTA; MANTIDA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1595

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	126x85	70	18	35,6°
18 H	105x66	79	36	35
24 H				

410-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	29	LEITO	410-2	DM2	DATA 14/06/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SIMETICONA 60 CAPS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				
10	FISIOTERAPIA OMBRO				
12					
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO, NORMÓCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
8 H				
12 H	128X93	85	20	35,7°C
18 H	110X71	75	19	35,9°C
24 H	100X65	60	20	36°C

Dr. [Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

Obs: foto deolphimento sobre leguamea do paciente (quedo, Higien
as mãos) 14/06/2019 ABU



Unidade de Terapias e Reabilitação

Tratamento de Lesões -

HCR

Protocolo: 1

Versão: 008

Elaborado: 12/2013

Atualizado: 12/2018

Paciente:

Saelson Castelo Araújo

Leito:

410-2

Data: 14/06/19

Localização:



Região: M.I.D.



Região:

Etiologia:

() QLP I II III IV 3^o () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Tumor () Infecção () Outros

() QLP I II III IV 3^o () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Tumor () Infecção () Outros

Apresentação:

() Necrose Amarelada/Negra () Escarado () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno Sonda () Outros

() Necrose Amarelada/Negra () Escarado () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno Sonda () Outros

Pele Perilesional:

() Normal () Macerado () Seca () Blisterna / Bolha
 () Outros

() Normal () Macerado () Seca () Blisterna / Bolha
 () Outros

Tipo de Exudado:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outros

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outros

Quantidade de Exudado:

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de Limpeza:

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%
 () Outros

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%
 () Outros

Cobertura primária:

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Silicose
 () Outros

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Silicose
 () Outros

Troca:

() 12/12 () Diária () 48/48h

() 12/12 () Diária () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Sonia Fátima
 Enfermeira
 CRP 501.175

Luiz Roberto
 Enfermeiro
 CRP 501.175

Observações:

Ata de reunião
 de 20/06/19

Assinatura
 do profissional

430-207



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####		
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO								
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ								
ALERGIAS		HAS		DM2						
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA		
ITEM									HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE								
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							S/N	
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG							S/N	
5		DIPIRONA 2ML EV 8/8							32 38 24 06	
6		TRAMAL 100MG - SF 0.9% LV OU 31 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							S/N	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							S/N	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							S/N	
9		SSVV + CCGG 8/8 H							32 38 24 06	
10		FISIOTERAPIA OMBRO							retirar	
12										
14										
15										
16										
17										
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI <u>E</u> OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
19										
20										
21										

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DELTADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS	FC	TA	PA	
6 H	98	36,8	115/81	
12 H	122	36,5	127/86	
18 H				
24 H	120/80	36,6	84	20 pipas

Dr. Manoel da Glória
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1615 / RQE 164

ADM medicação conforme prescrição
afetando sinais vitais, etc. Sinal

Sarah Moraes Catarino
COREN-RR 907.660-76



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	4442222222
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS				
IDADE	29	HAS	DM2	
LEITO	410-2	DATA	16/06/2019	
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 F/OU PAD> 110 MMHG			
5	DIPIRONA 2ML CV 6/6			
6	TRAMAL 100MG + SI 0.9% EV OUI 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	SSVV + CCGG 6/6 H.			
10	FISIOTERAPIA OMBRO			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OUI GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OUI GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS		R	T
6 H	122/92	76	36
12 H	133/83	84	36,3°C
18 H	128/81	80	35,9°C
24 H	145/88	88	35,9

Dr. Osirachi Odeh
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
C.R.O. 1244/RR

410
2

410-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/06/2019	DEH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA
ITEM				HORARIO
1	DILATAÇÃO L VRE			5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			6:00
3	SIMILTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			8:00
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 D/OU PAD > 110 MMHG			8:00
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8			8:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			8:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			8:00
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			8:00
9	SSVV + CCCC 0/6 H			8:00
10	FISIOTERAPIA OMBRO			8:00
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18	SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20	351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/VL, GLICOSE 50%			
21	40 UI EV + AVISAR PLANTONISTA			
22	251-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/VL, GLICOSE 50%			
23	40 UI EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BUCAL, LOTE, ACIANÓTICO, ANITÉRICO, AFRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUÇÃO: MANEJO

Paciente pronto.
D. unguem.

Dr. José A. Lopes
CARMAR 560

Dr. Celso Antônio
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 155.788

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM 155.788

SINAIS VITAIS				
6 H	140/90	72	20	36.5
12 H	130/70	86	19	36.2
18 H	120/73	77	20	36.5
24 H	140/91	82	20	36.2

8.3.2019
Paciente não foi submetido
por falta de material

Dr. Celso Antônio
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 155.788

410-2



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



DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2		19/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM									HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE							SUS
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							V. Q. 10h
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 8/8h S/N							SF
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTENSA							S/N
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 8/6 H							S. S. 10h
10		FISIOTERAPIA OMBRO							
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
		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 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#INCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
#EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, TUMÉFICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO.
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SSV ✓ 0.6h
PA 730/90
FC 80
T 36,3

	PA	P	R	T
SINAIS VITAIS				
6 H				36.0C
12 H	115/82	83	19	36.0C
18 H	131/81	76	38	36.2C
24 H	130/80	82	72	36.4

Dr. Marcos Aguiar
Med: 20
CRM 1644

410-2



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



DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA 20/06/2019	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 113 MMMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/8h S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 6/6 H							
10		FISIO/TERAPIA OMERO							
12									
14									
16									
18									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
19									
20									

SNP
manter
SN
Botina
curativo

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H	120/80	65	36
12 H	126/86	77	36
18 H	121/83	78	36
24 H	140/80	93	35,2

Dr. Edineide Oliveira
 Médico Responsável
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 145088

210-2



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####42	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA 21/06/2019	
ITEM									HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE							S/S
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							monit
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/6H S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							29
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSV + CCGG 8/8 H							29
10		FISIOTERAPIA OMBRO							
12									
14									
16									
18									
19									
20									
		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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PRLVISÃO

CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H				
12 H	120/85	83	18	35,5°C
18 H	140/80	93	18	35,8°C
24 H	120x87	76	16	36,2°C
06	100x72	68	18	35,5°C

Dr. *[Assinatura]* Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 1126/NR

18:00 - # clados de 1. recado AUP; verificado SSV; segue aos cui. profmagem; Aux Ana-Loren! 705052

410.2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	PM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA 22/06/2019
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 F/OU PAD> 110 MMHG			
5	DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/6h S/N			
6	TRAMAL 100MG + SF 3.9% EV OU C1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	SSVV + CCGG 8/6 H			
10	FISIOTERAPIA OMBRO			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PO	P	T	R
6 H	100/41	70	35,2°C	sem relógio
12 H	110/72	87	36°C	19
18 H	117/46	76	36,2°C	18
24 H	117/40	75	35,7°C	sem relógio

Dr. Odimar Okamoto
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 16151 RGE 504

7 as 19 h Aférido SSVV
13:00 vs 07:00
infundido 10ml de SSVV

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 16151 RGE 504



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		23/06/2019	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALÉRGICAS		HAS		DM2		23/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG							
5		DIPYRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/8 H S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 H SE DOR INTENSA							
7		PLASII. 10 mg EV 8/8 H (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 6/6 H							
10		FISIOTERAPIA OMBRO							
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)							
19		CONI ORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;							
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%							
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
		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 LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	12H	18H	24H
6 H	120/70	77	18
12 H	120/70	77	18
18 H	120/70	77	18
24 H	118/73	82	20

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RR 1993

12:00 Paciente Bege, Refere algia leve em MIO, orientado que tem dor de piora noturna, verificando SSVV, SCL PA: 120/70 e saturação 94% - fev - 2019 - 23/06/2019

Tala

410-2

410-2

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

DATA DE ADMISSÃO		DIE		DN	
PACIENTE	JOELSON CARLOS ARAUJO				
ACNÓSTIC	L2 ONPA - P. T.M.				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DMZ	VEDA	
IDADE	73	LEITO	410-2	DATA	24/06/11
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0.9% 500ML EV SIN				
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	MILBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMILTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN				
10	CLINDAMICINA 500MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCOG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	FF				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

HORÁRIO

5 MS.
MOMIN
10/11/12
03.

SN
11/12/06
52

SV
1/1/11
M

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SOL) CONFORME - SCULP
200-250 200 250 300 400 500 600 700 800 900 1000 1100 1200 1300 1400 1500 1600 1700 1800 1900 2000
DI. ML, 12.100SF 50% 40 ML EV - AMBAS PLANTAS A.

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DETADO NO LEITO 4 T/O, SEM DO. CONTINUANT
EXAME FÍSICO: DES. AGNÓSTICO, ANCIOS CO, ATROF. GENG. CO.
NÓRMO CORADO, FEDRADO.
SUGESTÃO: RX E CONDUÇÃO: MANEJA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. José Carlos Aguiar
CRM-RN 356

SINAIS VITAIS				
6 H	104/70	110	35.5	CT
12 H	106/85	92	36.5	S
18 H	113/72	89	35.7	C
24 H	104/71	78	35.6	C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

7h13hs foi verif.
Verificado SSVV
Ana Maria S. Almeida
Auxiliar de Enfermagem
CRM-RN 000.411.854
Almeida

Nome: Jackson C. Araújo
Idade: 29 Sexo: M() F(X) Leito: 410-2 Diagnóstico: Ins crônico ©
~~Tuberculose~~ ins crônica + Tx TAE ©

1816
TARDI

125 ~~05~~:10

1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 26

TABLE

7003

TARD

1

— — — — —

27.06.20

!

1
1
1

Digitized by Google



Topic: $\mathbb{P}^1$ and $\mathbb{P}^2$



Index



— $\overline{P_{\Delta \text{St}}}$



42 410-2

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		####4267#	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2		25/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/8h S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DL 8/8h SC DOR INTENSA							
7		PLASIL 10 mg EV 6/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSV - COGO 6/8 H							
10		FISIOTERAPIA MOTORA OMBRO							
12									
14									
15									
16									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (GO), 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 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
19									
20									

5:30
manhã

Siv

S. Silva
LMD

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALIFRAÇÕES
 * EXAME FÍSICO: BEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 * PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	102/72	92	18	36,4
18 H	99/66	79	19	35,9
24 H	124/78	80	18	36,7
6h	117/79	75	16	35,7

pedro Di Giovanni
 médico ortopedista
 CRM 1018 / RORAIMA



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



DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DJH		DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA	26/06/2019
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/W
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M-amb
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OJ PAD> 110 MMHG				
5	DIPIRONA 2ML FV OU 500MG VO 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% FV OU 100 MG VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
9	SSVV + CCGG 8/8 H				M-amb
10	FISIOTERAPIA MOTORA OMBRO				
12					
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: BEM-ESTAR NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUITA: MANTIDA

6 H	122 x 95	93	19	36,5°C
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	120 x 80	87	20	36,3°C
18 H	118 x 81	87	18	36,1°C
24 H	112 x 82	79	18	36,4°C

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RJ 1204



BOLETIM OPERATÓRIO

Joelson Castêlo Aguiar

De: 27.06.14

Os: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura Cominuta - Fêmur do Quadril

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Redução cirúrgica + osteossíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O - 45°

CIRURGIÃO:

Dr. Lacerda

1º AUXILIAR:

Dr. C. Lima

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

RAPI

ANESTESISTA:

Dr. Vaz

ANESTÉSICO:

LOCAL:

FME

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente consciente

- Alergia, anticoncepcional

- Campos esterilizados

- Incisão lateral, direita na região da coxa, sobre a linha média e flexão a 45° com o paciente em decúbito lateral. A incisão é feita com o paciente em decúbito lateral e a coxa flexionada a 45°.

- Incisão feita, drenagem e lavagem da ferida com solução fisiológica. A osteossíntese é realizada com o paciente em decúbito lateral e a coxa flexionada a 45°.

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM 363



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA

Tipo de informe:

OTROS DE FROT DE TORMENTO (LD)

Fecha: 27.06.2019

Por: INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA

Nombre: JAILSON ANTONIO ORRICO

Edad: 410 años 2

Color: Pequenos fragmentos

En blanco: Bahia e Rafaela

Confidencialidad (según ley):

Material Utilizado:

Placa TERCO DE CASO 8 FURIA 1

Perifoneos entrecut 35 : 56

11 Esporjoso 3.5 16 181

Arroja 1

~~Dr. Juan Carlos...~~
Firma

1. Vía - PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

2. Vía - OXIDE





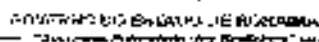
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Medstéril

Integrante 5
C. ASSE
Pq. 5/10/10
Medstéril
29/06/10
2 2012

FICHA DE MAT...

NOME DO PACIENTE		IDADE 30 anos		APT OU FEIO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Jelson Castelo Araújo		410-2		CIRURGIA				27/10/12	
TIPO		INICIO		Medstéril				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
Cirurgia		1032		EQUIPE MÉDICA				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
DE AUXILIAR		ANESTESISTA		RES. ANESTESIA				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTAD		CIRCULANTE				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
TIPO DE ANESTESIA		Raque anestesia		TIPO DE OBRA				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
QUANT		MATERIAIS		MEDICAMENTOS				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		ROLOS COMPLESSAS 1903		FRASCOS SORO FISIOLÓGICO				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		UNID.		FRASCOS SORO RINGEL LACTADO 500 ml				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		PACOTES GAZE		FRASCOS SORO GLICOSADO				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		LUVA ESTÉRIL 7.0		FIO VETRYL Nº 2.0				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		LUVA ESTÉRIL 7.5		FIO MONONYLON Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		LUVAS 2º PROCEDIMENTO		FIO CATGUT SIMPLES Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		LÂMINA BISTURI Nº		FIO CATGUT ROMADO Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		DRENO DA SUÇÃO Nº		FIO PROLINE Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		DRENO DE TORAX Nº		FIO SEDA Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		DRENO DE PENROSE Nº		SURGICEL				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		SERINGA 01 ML		CERA P/ OSSO				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		SERINGA 10 ML		KIT CATARATA Nº				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		SERINGA 30 ML		GIDFOAM				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		SERINGA 100 ML		FITA CARDIACA				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		SERINGA 200 ML		OUTROS: Floresadmir				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		Cateteres		Soma do local				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
1		Elétrico das		OBSERVAR NA C.C DO PACIENTE				Integrante 5 C. ASSE Pq. 5/10/10 Medstéril 29/06/10 2 2012	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		INFERMEIROS RESPONSÁVEIS		MATERIAIS E MEDICAMENTOS				SUB-TOTAL	
Nº. IDENTIFICADOR (AI)		INFERMEIRO RESPONSÁVEL		TAXA DE SALA				SOMA	
YANK		CIRCULANTE DA SALA		TAXA DE ANESTESIA				LIVEL ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	
BACHION/CALCULOS		Bahia							
		Rafaelle							



Joelão Casto Rêdio, 204, R.

PS9 MED15153G CB3CA DOSE-H2PA-ES910

PERITRIL SC₄₂ + IMPROZOLAM 3ug

77. 06. 19



2. Inseguridad de equisacumbos,
papas y higos: militarizados.
3. Oruga WD.
4. Hebillado.

① Adesão a 2 2 anti-SSERSTIN no
K6000 com 1000 n 200.
Gravação de equipo unificado e
instalação dos planos plásticos e
com tempo 0.52 15mg. - Plástico de
autocrescimento entre 2-6, via parafuso de
autocrescimento (autocrescimento)

Larberg - Elmer - 1900 - 1901	John G. G. - 1901 - 1902
Caplan - 1902 - 1903	Harmon - 1903 - 1904
Caplan - 1904 - 1905	Ernest - 1905 - 1906

PERDA CONJUGAL

dras. Líquor de so, normotensos.
Falta ingesta de pequena quantidade
essa semana hipertensão 15 mmHg.
Elevação percentual e molles.
potossolus.

410-2



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



DATA DE ADMISSÃO		DI		DN	
PACIENTE	JOEL DA CARTEIRA AMAR				
AGNOSTIC	FRATURA LUXAÇÃO TÓRAX 2018				
ALERGIAS	HAS NEGA DM2 NEGA				
IDADE	25	LEITO	410-2	DATA	28/06/11
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ANESTÉSICO VERBALIZADO				Monitor
3	SE 0.9% 500ML EV S/N				(S/N)
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H 16X				06
5	OML PRAZOL 40MG LV 1X/DIA				06
6	TRAMAL 100MG + SED 0.9% 100ML EV DE 8/8:7 SE DOR INTENSA				S/N
7	NAL BUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N
8	BIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO EL 8/8 H				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18:00 20:00 22:00 08:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				S/N
13	SSV - COGO 8/8 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				Exatissimo Curativo
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA:
 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR;
 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR; 200 UPR;

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, ABAL VO, COMIANTUANTE
 # EXAME FÍSICO: REG, ACIANTADO, ANICTRICO, AFEBRIL, HIPNÉTICO,
 NORMOCÉPTICO, HIGIATADO,
 # SOLICITADO: RX II CERVICAL, MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

*Paciente par de CC
e 500ml cada um*

Dr. Jesus A. ...

SINAIS VITAIS				
6 H	100x40	FB 2	FR 14	36.2
12 H				
18 H	111/70	94	14	36.3
24 H	100x60	85	14	36.4

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paciente retornou do C.C. em POT às 13:30 de Ortopedia de TND D.

Dr. Jesus A. ...

410-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		47###42###	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2		27/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA 40 COTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 116 MMHG							
5		DIPIRONA 2ML LV OU 500MG VO 8/8h S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							
7		PLASIL 10 mg LV 8/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 6/6 h							
10		FISIOTERAPIA MOTORA OMBRO							
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).							
19		CONFORME ESQUEMA: 250-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;							
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%							
		40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA							
		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%							
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BFG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICÍTRICO, ASEBRIL, PULNFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okeny
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 134119

Page 1

JOSEPHINE ELLIOTT

OSWEGO, CALIFORNIA



1940

JOSEPHINE ELLIOTT
OSWEGO, CALIFORNIA

GILSON CASTILLO ARAUJO
HOSPITAL CORONEL MOTA

7635

15/07/2010

Wladimir

20.0.56

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Polegar Direito



Assinatura do Titular

Joelson Castelo Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 272754

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/08/2019

NOME JOELSON CASTELO ARAÚJO

FILIAÇÃO JOSÉ DA SILVA ARAÚJO
GRACINHA MACIEL CASTELO

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 77591 FLS 066 LIV A-113

BOA VISTA-RR

001.699.372-16

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Diretor de Identificação Civil

DATA DE NASCIMENTO 04/06/1989

LEI Nº 7.116 DE 28/08/03

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Amir D. Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 DATA DE EMISSÃO 30/01/2017

NOME TELVIA SANTIAGO GUEDES

RELACION

EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE

SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM

CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF

739.248.066-91 AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Psiquiatra da Polícia Civil
Diretor do IGC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

564743

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437416/19

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF: 001.699.372-16

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOELSON CASTELO ARAUJO : 001.699.372-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190682532 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO-OMBRO/PLACA E PARAFUSOS-TORNOZELO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3-5.37-41_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190682532 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO-OMBRO/PLACA E PARAFUSOS-TORNOZELO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3-5.37-41_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOELSON CASTELO ARAUJO, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) do RG nº 272754 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 001.699.372-16, residente na AV: Ville Roy, Nº 7144- 1 - Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-445, nesta Capital. Tel.: (95) 99963-7857/ 99903-7826.

VITIMA: JOELSON CASTELO ARAUJO, CPF Nº 001.699.372-16, **DATA DO SINISTRO:** 02/06/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, cujo endereço é na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a) , bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, Municipais, Estaduais e Federais, ou Órgão privado, além de transigir, depositar substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT

Boa Vista-RR, 19 de novembro de 2019.

CARTÓRIO
LOUREIRO

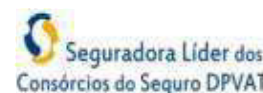
JOELSON CASTELO ARAUJO

REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[assinatura] - JOELSON CASTELO ARAUJO
ABL. Em testemunho da verdade. Boa Vista, 28/11/2019
Escr. 2.45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Imp. Sel. 5
Selo: REC FIR 15834520H4FKTZPU2KY217 N° Ticket: 00268
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 00169937216

DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV: VILLE ROY Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3634-6097 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

André Sabino
Escrivente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437416/19

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF: 001.699.372-16

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOELSON CASTELO ARAUJO : 001.699.372-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVIA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190682532

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON CASTELO ARAUJO

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, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190682532

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON CASTELO ARAUJO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOELSON CASTELO ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000051443-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 003.699.372-16 4 - Nome completo da vítima: JOELSON CASTELO ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

 5 - Nome completo: JOELSON CASTELO ARAÚJO 6 - CPF: 003.699.372-16
 7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. VILLE ROY 9 - Número: 7144 10 - Complemento: APT 1
 11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-445
 15 - E-mail: confiancacas@hotmai.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

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

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

 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1352 CONTA: 51443 2 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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

 34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

 38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)