Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2758867720200626104001

Processo 0800540-11.2020.8.23.0030 - (11 dia(s) em tramitação)

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

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

Realces

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

Filtros

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

7 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 7 — 500 por pág. — 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
7	26/06/2020 10:40:01	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO**	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO **Procurador**
6	15/06/2020 12:07:47	**PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE**	EVALDO JORGE LEITE **Magistrado**
5	15/06/2020 10:33:09	**CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL**	SISTEMA CNJ
4	15/06/2020 10:33:09	**RECEBIDOS OS AUTOS**	SISTEMA CNJ
3	15/06/2020 10:33:08	**REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR** Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	15/06/2020 10:33:08	**DISTRIBUÍDO PARA COMPETÊNCIA EXCLUSIVA** Vara Cível Única de Mucajaí	SISTEMA CNJ
1	15/06/2020 10:33:08	**JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL**	Wallyson Barbosa Moura **Advogado**

7.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2729332CONTESTACAO01.pdf	Público
7.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2729332CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
7.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf	Público

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MUCAJAI/RR

PROCESSO: 08005401120208230030

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

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

C O N T E S T A Ç Ã O

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/12/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/12/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

---

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151669 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBEM HONORATO SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020
Valoração do IML: 0
Pericia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM PNEUMOTÓRAX À DIREITA.
FRATURA EM DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA E DRENAGEM PLEURAL FECHADA / OSTEOSSÍNTESE EM FÊMUR). PÁG 4/76/77/78/91
ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DAS ESTRUTURAS TORÁCICAS
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E RESIDUAL DAS ESTRUTURAS TORÁCICAS
Documentos complementares:
Observações: NÃO FOI ACOSTADO LAUDO DO IML.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**27,5 %**	**R$ 3.712,50**

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

---

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/12/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R$ 3.712,50 (três mil e setecentos e doze reais e cinquenta centavos).**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 3.712,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: RUBEM HONORATO SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 03906
CONTA: 000000019581-8

Nr. da Autenticação 7EC16F1ACF63DE66

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009,em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais[4].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R$ 3.712,50 (TRÊS MIL E SETECENTOS E DOZE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

---

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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

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

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

---

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MUCAJAI, 24 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **RUBEM HONORATO SILVA**, em curso perante **a ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **MUCAJAI**, nos autos do Processo nº 08005401120208230030.

Rio de Janeiro, 24 de junho de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151669 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: RUBEM HONORATO SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO COM PNEUMOTÓRAX À DIREITA.
FRATURA EM DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA E DRENAGEM PLEURAL FECHADA / OSTEOSSÍNTESE EM FÊMUR). PÁG 4/76/77/78/91
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DAS ESTRUTURAS TORÁCICAS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E RESIDUAL DAS ESTRUTURAS TORÁCICAS

Documentos complementares:

Observações: NÃO FOI ACOSTADO LAUDO DO IML.

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**27,5 %**	**R$ 3.712,50**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Rubem Honorato Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

228247 — 16/07/2019

RUBEM HONORATO SILVA

MARIANO COSTA SILVA
MARIA ELINICE HONORATO SILVA

REDENÇÃO - PA — **29/03/1984**

CERTD NASC 9216 FLS 172 LIV A-76
1 OF ITAITUBA-PA

802.698.692-04

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

P7

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

William gonçalves franco

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2014

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO
GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE
SANTA INÊS - MA

DATA DE NASCIMENTO
09/12/1978

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

825.396.343-20

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscopista da Polícia Civil
Diretor do IIC

2 VIA

P I

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

LIDER

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: 802.698 692-04

4 - Nome completo da vítima: Rubem Honorato Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rubem Honorato Silva

6 - CPF: 802.698 692-04

7 - Profissão: Garçon

8 - Endereço: R. Benjamin Pereira de Melo

9 - Número: 1587

10 - Complemento:

11 - Bairro: Senador Hélio Campos

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.316-510

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**

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

AGÊNCIA: 3106 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00014581 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico 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 pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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 a 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 é gerida à revisão administrativa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 16 de Abril de 2020

X Rubem Honorato Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPC 001 (1003/2010)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118053/20

Vítima: RUBEM HONORATO SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019

CPF: 802.698.692-04 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** RUBEM HONORATO SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

RUBEM HONORATO SILVA : 802.698.692-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/04/2020	Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 825.396.343-20	CPF: 020.134.582-07
WILLIAM GONCALVES FRANCO	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Seguradora LÍDER

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central 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 SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343/20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rubem Honorato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 802.698.692-04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rubem Honorato Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 802.698.692/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☑ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: Rua CC 18		Número: 295	Complemento:
Bairro:	Cidade: Boa Vista	Estado: RR	CEP: 69.318.085
E-mail: WFranco992@gmail.com			Tel (DDD): 99113-3855

Local e Data: Boa Vista RR 16 de Abril de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

DLDRI.001 V001/2017

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
703494	**03/2020**	**19-FEB-20 a 23-MAR-20**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
675	**06-APR-20**	**R$ 552,25**

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
703494	**03/2020**	**R$ 552,25**

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046769/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/12/2019 18:51 Data/Hora Fim: 28/12/2019 22:48
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 065156 Data: 28/12/2019
Delegado de Polícia: Alexandre Henrique de Matos Lima

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 28/12/2019 15:12

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Buritis
Logradouro: Av. Mário Homem de Melo

Ponto de Referência: Cruzamento com rua Antônio Pinheiro Galvão
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALAN DENYS GOMES BARBOSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Policial Militar
Nome da Mãe: Não Informado

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: RUBEN HONORATO SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 35 anos
Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 228247

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua Benjamin Pereira de Melo Nº: 1537
Bairro: Senador Hélio Campos

Nome Civil: ALDERIENE OLIVEIRA PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 40 anos
Profissão: Assistente Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 147945

Endereço

Município: Boa Vista - RR

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do Original.
Boa Vista, 16 de 04 de 20
Assinatura

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 046769/2019

Logradouro: rua Atis Cantanhede Nº: 281
Bairro: Jardim Floresta

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo
Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 036.723.522-68
Placa NAS4107
Renavam 01099419848
Número do Motor 310A10112805540
Número do Chassi 8AP19627ZG4163174
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRATA
UF Veiculo Roraima
Municipio Veiculo Boa Vista
Marca/Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0
Modelo I/FIAT PALIO ATTRACT 1.0
Veiculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 17/01/2018
Situação do Veiculo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aldenene Oliveira Pereira	Proprietário

Grupo Veiculo
Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 447.148.402-82
Placa OAE1024
Renavam 00539275158
Número do Motor JC41E1D417639
Número do Chassi 9C2JC4110DR417639
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor PRETA
UF Veiculo Amazonas
Municipio Veiculo Manaus
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veiculo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 12/07/2013
Situação do Veiculo REST BEN TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ruben Honorato Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Que foi recebido o ROP/PMRR serie J nº 065156, informando um acidente de trânsito envolvendo Ruben Honorato Silva, que trafegava pela Av. Mário Homem de Melo, sentido centro/bairro, conduzindo a motocicleta Honda/Fan, cor preta, placa OAE-1024, quando no cruzamento com a rua Antônio Pinheiro Galvão colidiu no veiculo Fiat/Palio, cor prata, placa NAS-4107, que trafegava por esta rua, sentido Buritis/Jardim Floresta, e invadiu a preferencial, sendo conduzido por Alderiene Oliveira Pereira; Que o condutor da motocicleta sofreu várias escoriações pelo corpo e a equipe do SAMU informou que o mesmo estava com o fêmur fraturado e com lesão grave no pulmão.

AUTENTICAÇÃO

[redacted]
[redacted] 16 [redacted] 04 [redacted] 2020

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 046769/2019

ASSINATURAS

Hualacy Seelig S. De Souza

Escrivão de polícia ad-hoc

Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima

Matrícula 02011668-4

RESPONSÁVEL SOMENTE PELA IMPRESSÃO

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 16 de 04 de 2020

Assinatura

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NUMERO 0048318-4

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 188/13

Nº da Nota Fiscal: [illegible]

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JANEIRO/2020	01/02/2020	104	118,70

MARIANO COSTA SILVA — CPF: 000140/345725
R. BENJAMIN PEREIRA NETO 1547 — SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: [illegible] — BOA VISTA

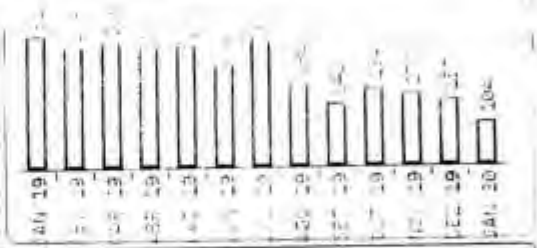
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual:	Atual:	Grupo/Subgrupo:
Anterior:	Anterior:	Classe/Subclasse:
Dias de consumo:	Próxima leitura:	Ligação:
Constante de Multiplicação:	Emissão:	Número Medidor:
Consumo medido:	Apresentação:	Forma de Faturamento:
Consumo Faturado:		Modalidade:

DETALHE DA CONTA

CONSUMO	[illegible]	79,89
CORREÇÃO MONETARIA DA [illegible] (2%)		0,15
CORREÇÃO MONETARIA IGPM (2%)		1,60
MULTA POR ATRASO DE [illegible] (2%)		1,03
JUROS DE MORA POR ATRASO (2%)		0,66
MULTA POR ATRASO (2%)		[illegible]
JUROS DE MORA DE TRIMESTRE (2%)		[illegible]
ILUMINAÇÃO PUBLICA		25,08

INFORMAÇÕES — **HISTÓRICO DE MEDIÇÃO**

Média 12 meses:



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

[illegible]

RESERVADO AO FISCO E43A 1AA9 1415 1709 1A59 1727 1783 08A1

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:	Encargos:
[illegible]	Tributos:
Transmissão:	

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
	ICMS:		
	PIS:		
	COFINS:		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,30	15,00	5,40	10,70	15,00	4,82	
Realizado	[illegible]			[illegible]			2,11	

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 802.698.692-04

4 - Nome completo da vítima: Rubem Honorato Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rubem Honorato Silva

6 - CPF: 802.698.692-04

7 - Profissão: Garçom

8 - Endereço: R. Benjamin Pereira de Melo

9 - Número: 1587

10 - Complemento:

11 - Bairro: Senador Hélio Campos

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.316-510

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00014581 8 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Polegar direito do beneficiário

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista RR 28 de Abril de 2020

X Rubem Honorato Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EPF 001 V002 (2010)

LIDER

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: 802.698 692-04

4 - Nome completo da vítima: Rubem Honorato Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rubem Honorato Silva

6 - CPF: 802.698 692-04

7 - Profissão: Garçon

8 - Endereço: R. Benjamin Pereira de Melo

9 - Número: 1587

10 - Complemento:

11 - Bairro: Senador Hélio Campos

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.316-510

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**

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

AGÊNCIA: 3106 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00014581 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico 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 pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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 a 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 é gerida à revisão administrativa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 16 de Abril de 2020

X Rubem Honorato Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPC 001 (1003/2010)

LIDER

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: 802.698 692-04

4 - Nome completo da vítima: Rubem Honorato Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rubem Honorato Silva

6 - CPF: 802.698 692-04

7 - Profissão: Garçon

8 - Endereço: R. Benjamin Pereira de Melo

9 - Número: 1587

10 - Complemento:

11 - Bairro: Senador Hélio Campos

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.316-510

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ **Bradesco (237)** ☐ **Itaú (341)**

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

AGÊNCIA: 3106 ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 00014581 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) **CONTA:** ☐ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☐ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Medico 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 pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias 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 a 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 é gerida à revisão administrativa com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 16 de Abril de 2020

X Rubem Honorato Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPC 001 (1003/2010)

LIDER

Líder Administradora de Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 802.698.692-04

4 - Nome completo da vítima: Rubem Honorato Silva

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Rubem Honorato Silva

6 - CPF: 802.698.692-04

7 - Profissão: Garçom

8 - Endereço: R: Benjamin Pereira de Melo

9 - Número: 1587

10 - Complemento:

11 - Bairro: Senador Helio Campos

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.316-510

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3306 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00019581 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CM) ☐ 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 descendentes (netos)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 28 de Abril de 2020

X Rubem Honorato Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPE 001 V002/2012

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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151669 **Vítima: RUBEM HONORATO SILVA**

Data do Acidente: 28/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUBEM HONORATO SILVA

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R$ 2.362,50

Recebedor: **RUBEM HONORATO SILVA**
Valor: **R$ 3.712,50**
Banco: **104**
Agência: **000003906**
Conta: **0000019581-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Pag. 01901/01902 - carta_15R - INVALIDEZ
00020951

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151669 **Vítima: RUBEM HONORATO SILVA**

Data do Acidente: 28/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUBEM HONORATO SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01039/01040 - carta_01 - INVALIDEZ

00020520

Carta nº 15716431

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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151669 **Vítima: RUBEM HONORATO SILVA**

Data do Acidente: 28/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RUBEM HONORATO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01591/01592 - carta_03 - INVALIDEZ

00040796

Carta nº 15717973

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

Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200151669 **Vítima: RUBEM HONORATO SILVA**

Data do Acidente: 28/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RUBEM HONORATO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01891/01892 - carta_03 - INVALIDEZ

00040946

Carta nº 15731066

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBEM HONORATO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000019581-8

Nr. da Autenticação 7EC16F1ACF63DE66

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminh
parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200151669 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RUBEM HONORATO SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO RUBEM HONORATO SILVA
CPF/CNPJ: 80269869204

Posição em 24-06-2020 09:41:45
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiári
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R$00.000,00
Juros e Correção: R$00.000,00
Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/05/2020	R$ 3.712,50	R$ 0,00	R$ 3.712,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/05/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/n1E9epUFpXBXLBP9rN api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaeH50nN9rLsxRabVaQAR+2w=)
29/04/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/rhimEQtQVak0aBaaNu api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaeH50nN9rLsxRabVaQAR+2w=)

23/04/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/UrkUvhr___fvn0BfdoJM api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaeH50nN9rLsxRabVaQAR+2w=)
23/04/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/TCZoON6rOyy7yJ9nlUkW api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaeH50nN9rLsxRabVaQAR+2w=)

(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na App Store (https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8) DISPONÍVEL NO Google Play (https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(https://www.seguradoralider.com.br)

(https://pt-br.facebook.com/Seguradoralider/) (https://twitter.com/SeguradoraLider_oficial/)
l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

Participo do consumidor.gov.br (https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

NOC | HT 6
Em: 05/2/2020

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

1ª Classificação | Reclassificação | Reclassificação | Reclassificação
( ) Vermelho | ( ) Vermelho | ( ) Vermelho
( ) Laranja | ( ) Laranja | ( ) Laranja
( ) Amarelo | ( ) Amarelo | ( ) Amarelo
( ) Verde | ( ) Verde | ( ) Verde
( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.: | ( ) Azul Ass.:

VUE

1901202927 28/12/2019 15:49:46 **FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA** DIURNO 07-19 26

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
RUBEN HONORATO SILVA	29/03/1984	35 A 8 M 30 D			

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
				M		PARDA		BRASILEIRA

Mãe: MARIA ELINICE HONORATO SILVA
Pai: NI
Contato:
Endereço: RUA - BENJAMIN PEREIRA DE MELO - 1573 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR
Ocupação:

Class. de Risco | Plano/Convênio: SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão
Setor: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: AMBULANCIA (HOSPITAI
Procedimento Sol.
Registrado por: ROSIVAN.BARROS

Queixa Principal ( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

Colisão moto x carro

SatO2: 98% em aa
FC: 74 bpm

Anamnese de Enfermagem

- nega alergias ou comorbidades

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 — 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

Paciente trazido pelo SAMU em colar cervical + prancha rígida, refere dor em MID (coxa). Apresenta escoriação em coxa D e joelho (E)

Exame Físico

BEG, LOTE, acq, pupilas isocóricas e fotorreagentes
AR: MVF (+), levemente ↓ em Hx (E).

Hipótese Diagnóstica

Fx de fêmur (D) / joelho (E), Pneumotórax à (D)

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO-X ( ) ULTRA-SON (X) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Monitorização contínua		
(2) Dipirona 2 g (EV)		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes
Nova Floresta
AUTE
Carimbo

Conduta

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não **Destino:** ( ) Família ( ) IML Anatomia Patológica __/__/____ __:__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
Médica
CRM-RR 1088

Impresso por: rosivan.barros
Data Hora: 28/12/2019 15:52:55

19:48 h
Paciente c/ fratura cominutiva
em fêmur (D)

1901202927

Dr. Daniel de N. Araújo
Médico
CRM-RR 2137

Ortopedia (às 16:00)

Paciente politraumatizado, última ocorrência de acidente de veículo, apresentando dor e deformidade em coxa (D). Apresenta choque taquicárdico/anisocórica.

CD: Aguardo chegada da Cirurgia Geral, Neurocirurgia para conduta ortopédica.

Dr. Fernando Rezende Marco
CRM-RJ 2007

A

Alta: 11/02/25

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: BLOCO A

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Kulian Homerato Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 178596

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/03/84

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Maria Elinice Homerato Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Benjamin Pereira Melo, 1573, Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boa Vista

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

15 - UF: RR

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: paciente refere vítima de acidente com motocicleta, com fratura de fêmur D, direito. A/ PMTx

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Ao Clínico

15 ABR 2019

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Rx + TC + exams laboratoriais.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fx fêmur D, dist. + PMTx

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação D.T

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr Homerato

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: /

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 28/2/19

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0412040166 5270 V29R

28.2.2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

Descrição de Procedimento

Nome: RUBEM HONORATO
Profissionais: Dra. Adélie
Data: 28/12/2020

1- Paciente em DDH + Assepsia e Antissepsia.
2- Anestesia Local em 5º EIC, na linha axilar média, em hemitórax DIREITO, superficial e profunda.
3- Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal DIREITO.
4- Divulsão sobre a borda superior da costela inferior, divulsão até a cavidade torácica, dissecção romba com avaliação digital com saída de ar.
5- Passagem de tubo fenestrado nº 34 em sentindo póstero-superior.
6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com saída de ar.
7- Fixação do tubo à pele com Nylon 1 (ponto Donatti)
8- Limpeza local e curativo oclusivo.
9- Dreno funcionante (oscilante).
10- Solicito RX de tórax.

Dra. Adélie Gai Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 1988

113-L V-01

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: Ruben Honorato Silva					
DIAGNÓSTICO: fx femur D aba					
ALERGIAS:	HAS		DM2		
IDADE: 35	LEITO		DATA	28/12/19	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	mantem
3	SF 0,9% 500ML EV ~~SN~~ 8/8h	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H ~~SN~~	
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	S.N.D
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	S.N
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	S.N
10	Tilatil 20mg EV de 12/12h	
11	Clexane 40mg SC 1x ao dia	
12		
13		
14	Dr. Augusto Lauro Costa	
15	Ortopedista	
16	CRM-RR 1564	
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA , SEM QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137X85	48	18	36°C
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

24H {DEXTRO = 228 mg/DL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Ene...
Nosso Fa...
15 ABR 2019
...ção Ortopedia
...Oeste Hospital

RUBEN

113-2

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: Ruben Augusto Silva					
DIAGNÓSTICO: Fratura diafisária de fêmur D					
ALERGIAS:	HAS		DM2		
IDADE:	LEITO		DATA	19.12.19	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNG
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	19:40
6	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
10	ceftriaxone 1g EV 12h/12h	16 22 UTF
11		
12	fisioterapia respiratória	FST
13		
14	anotar débito e aspecto do dreno	Atenção
15	de tórax	
16		
17	clexane 40mg SC 1 vez ao dia	16
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
20	SSVV + CCGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA , SEM QUEIXAS ALGICAS.

SOLICITADO :

CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

Dr. Fernando Rezende
(Médico)
CRM RR 2007

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

19h
PA: 137x85
P: 48
T: 36°C

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**30/12/2019**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Homorato Silva			
		Leito: 313-2		Data: 30/12/19	

Localização	Região: Dreno D Grau: I ( ) II (X)	Região: M.I.D Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : 01 Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rosangela Miguel COREN-RR 629 703 Joana Darc Paiva Loureto COREN-RR 487.031 - TE	Rosangela Miguel Téc. Enfermagem COREN-RR 629 703
Observações:		

113-1

HOSPITAL [illegible]
SECRE[illegible]
SERVIÇO D[illegible]
[illegible]

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	RUBEN H[illegible]		
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE [illegible]		
ALERGIAS			NEGA
IDADE			[illegible]/12/2019
ÍTEM			HORÁRIO
1	DIETA OR[illegible]		S.N
2	ACESSO VE[illegible]		[illegible]
3	SF 0,9% 50[illegible]		S.N
4	DIPIRONA [illegible]		02 08 24
5	SIM[illegible]ICONA [illegible]		08 16 24
6	TRAMAL [illegible]	DOR IN[illegible]	23:00
7	NALBUFINA [illegible]	O ITEM	
8	OMEPRAZ[illegible]		06
9	METROCL[illegible]		S.N
10	CLINDAMIC[illegible]		12 18 24 06
11	CLEXANE [illegible]		16
12			
13			
14			
15			
16	CAR[illegible]	[illegible]	S.N
17	SSV[illegible]		[illegible]
18	CURATIVO [illegible]		
19			
20			
21			

SE [illegible] ESQUEMA:
200-25[illegible] GLICOSE ≤ 70
[illegible]

feito 20h

EVOLUÇÃO MÉDI[illegible]
#ENCONTRO PAC[illegible]
EXAME FÍSICO [illegible]
NORMOCORADO, [illegible]
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO [illegible]
PREVISÃO DE ALTA

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

[illegible] SOUZA FAUSTO
[illegible] RESIDENTE
[illegible] TRAUMATOLOGIA
[illegible]-RR 2028

SINAIS VITAIS	
6 H	
12 H	Redução de funcionarios.
18 H	
24 H	

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D 113-1				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-2	DATA	03/01/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	02 08 12 16
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	08 16 24
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	21/00
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12 18 24 06~~
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~16~~
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

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

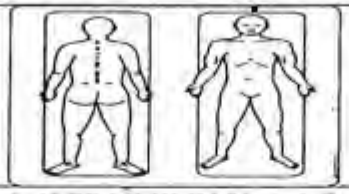
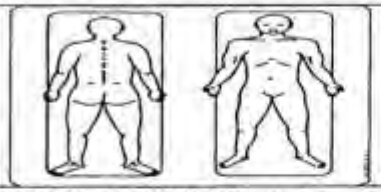
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

NOTURNO 01/01/2020-Categoria de enfermagem em greve, equipe reduzida a 30%, priorizado anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, analgésicos, antialérgicos, antitérmicos, anticoagulantes, hemoderivados do sangue, trombolíticos, medicações controladas em geral, insulinas, dietas enterais , cuidados integrais com pacientes graves, exames laboratoriais de urgência, pós-operatórios imediatos e intercorrências como: febre, hipertensão, hipotensão, dispneias, dor, náuseas, vômitos , aspirações em geral, intervenção por sonda, cuidados com drenos.Obs : Glicosimetro sem bateria

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Honorato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 01/01/2020	

Localização	 Região: MID Grau: I ( ) II (X)	 Região: Tornozelo LD Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : (X)Tração ___ Fixador Externo (X)ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia (X) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda (X)Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada (X)Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco (X) Outro: sang pouco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco (X) Outro: sang moderado
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	Vanessa Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	~~113-2~~	DATA	[illegible]

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	08 16 24
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12 18~~ 24 06
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~18~~
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

Dr. Augusto [illegible]
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1504

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 7028

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

PEDIDO DE PARECER

DE: CIRURGIA GERAL	PARA: Cirurgia Torácica

Nome: Ruben Honorato Silva
Idade: 35 ANOS

Leito: **113 -2 /Bloco A**

Paciente, masculino, vítima de politrauma (colisão carro x moto) com fratura de fêmur D e com pneumotórax à D, feita toracostomia em selo d'água na admissão dia: 28/12/2019. Hoje, apresenta radiografia de tórax realizada dia 01/01/2020 (no sistema Zafaz), apresenta pequeno pneumotórax residual em hemitórax D, com fistula bronco-pleural de alto débito. Solicito avaliação e sugestão de conduta.

Atenciosamente,

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 2084

Boa Vista - RR, 2 de janeiro de 2020.

Assinatura e Carimbo do Médico

Resposta:

— Pela Ch. torácica —
Após lacrar a conexão do circuito do D torácico não apresentou mais fuga durante a Valsalva.
Sugere: Manter tubo aberto por 48h.
Controle radiológico amanhã.

Dr. Tão Machado
Cirurgia Torácica
Cirurgia Geral
CRM-RR 1246

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95) 2121-0615

113-2

113

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-2	DATA	03/01/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MEDICA: DRENO DE TORAX: SELO D'ÁGUA SERÁ TRUCADO PELA EQUIPE DA C.G.

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

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

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Silva			
		Leito: 43-L		Data: 03/01/2020	

Localização	Região: Tórax D Grau: I ( ) II (X)	Região: MID Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X)Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada (X) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (X)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rosângela Miguel Deodoro Téc. Enfermagem COREN-PR 629 703 Emiliana do N. Silva COREN-PR 479402-AE	Rosângela Miguel Deodoro Téc. Enfermagem COREN-PR 629 703 Emiliana do N. Silva COREN-PR 479402-AE
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**04/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 12 18 24
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	08 16
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

DIURNO-04/01/2020Categoria de enfermagem em greve, equipe reduzida a 30%, priorizado anti-hipertensivos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios, analgésicos, antialérgicos, antitérmicos, anticoagulantes, hemoderivados do sangue, trombolíticos, medicações controladas em geral, insulinas, dietas enterais , cuidados integrais com pacientes graves, exames laboratoriais de urgência, pós-operatórios imediatos e intercorrências como: febre, hipertensão, hipotensão, dispneias, dor, náuseas, vômitos , aspirações em geral, intervenção por sonda, cuidados com drenos.

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-A	DATA	06/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -BR 2028

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Ruben Homerão Silva			
		Leito: 113.1		Data: 06/02/2020	

Localização	Região: pernas distal Grau: I ( ) II (X)	Região: Tórax lat. direito Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : 01/ Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido pouco ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido pouco ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: espanadopa	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: micropor
Troca	( )12/12 (X)Diário manhã ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário manhã ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247/428 - TE Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 407 795/TE	Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247/428 - TE Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem
Observações:		

113-01 113-R

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**07/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Honorato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 07/01/2020	

Localização	Região: MID Grau: I ( ) II (✓)	Região: tórax Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ✓Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada (✓) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica de Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Larissa Alves Moura Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415217 - AE	Vanessa da Silva Morais Técnica de Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Larissa Alves Moura Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415217 - TE
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-2	DATA	08/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	08 16 24
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12	FST respiratória	
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO : Radiotórax (08/01/20).

CONDUTA : MANTIDA + add. FST respiratória.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

Em tempo: feita a troca dos soros d'hip. c/ dib. de 150ml/h. Pct s/ queixas respiratórias. Alegou ... 24h p/ troca ... Alegou ... sem queixas ... Pct ... sem ... de retirada ...

Rubian Viana de Souza
Médico Residente
Cirúgia Geral
CRM-RR 2047

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	09/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	154x86	96		36.7
18 H	130/70	92		35.7°C
24 H	140x80	92		36°C

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

Plantão matutino
Pct acamado LOTE, realizado SSVV e medicação de horário

154 paciente no leito, ativo, reativo, orientado SSVV, Realizado cuidados gerais

Edmar de Almeida Matos
Téc. em Enf.
COREN-RR 907672-TEC

06h: PA. 130x80
13.04 T 36,1

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	10/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

Uo x 70 86 20 36,5

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x80	99	20	35,5
18 H	14.90	108	-	35,7
24 H	130x80	89	19	36,5

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

12h Pet LOTE.
acamado. Sito
medicação CPM
Segue cuidados
Tec. Beijica -

18h Pet medicado C.P.m e verifico do SSVV. Segue
aos cuidados de Enfermagem

Maria dos Santos Pereira
COREN-RR 51.380-TEC

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Ruben Honorato Silva			
		Leito: 113 - 1		Data: 10 / 01 / 2020	

Localização	Região: MID Grau: I (✓) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ✓ Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (✓) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (✓) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 6[illegible]-ME Ana Carolina da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN/RR 934.522	Larissa Alves Motta Técnica de Enfermagem COREN-RR 1[illegible]
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	11/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-18 [illegible]
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	16-24 09
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	S/N
7	Y	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12-18 [illegible]
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	20
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x70	94	19	36,3
18 H	120x70	93	20	36,5
24 H	120x80	85		

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	12/01/2020

113-1

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-18-24-06-08
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	Y	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12-18-24-06
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	12x7 30	90		37
18 H	12x7 24	85		37
24 H	129.81 x 84	19		35.9c

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

Trocado AVP com fralda 13:20
ccbPA 112x79mmHg
FC-76
T-36.2

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Heronato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 12/01/2020	

Localização	Região: M.I.D Grau: I (✓) II ( )	Região: Tórax D Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : (✓) Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (✓)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (✓) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (✓) Seco	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Berenice Santa Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 367 172 / Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Berenice Santa Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 367 172 / Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554
Observações:		

113-1

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	13/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	Y	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

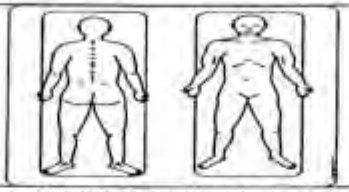
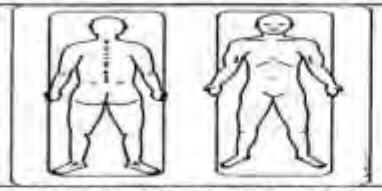
SINAIS VITAIS				
6 H	110x70	70	FR	35,4
12 H	13x9	71	—	36,2
18 H	101/72	79	—	35°C
24 H	124x76	75	—	36°C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

13/01/20 Paciente no leito MEP. Mantendo SSVV sem intercorrências.
paciente no leito bom, SSVV preservados ordem MEPM.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Hiramato Silva			
		Leito: 113.3		Data: 13 / 03 / 2020	

Localização	 Região: MIE Grau: I ( ) II (X)	 Região: L.D TORAX Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : X Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda (X) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE Ana Paula, Rosana, Silvia, Cornelly, Nelson	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE
Observações:		

113-1

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-2	DATA	14/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/A
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	mantido
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	08 16 24
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	S/A
7	Y	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/A
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/A
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	13x76	76	20	35,7
18 H	142/84	84		35,5°C
24 H	130x70	95	20	36,3

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR-2028

[illegible handwritten nursing note]
Glene Garcia
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039

Plantão noturno 14/01 07
Pct medicado conforme ...
Aceita SSCL

Santos de Carvalho
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 381.613-AE

Governo do Estado de Roraima
"Amazônia: PATRIMÔMIO DOS BRASILEIROS"

Ruben 113-1 Bloco A

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA	EVOLUÇÃO
08/01/2020 Tarde	RcT resp. em ar ambiente, s/DR, com dreno de tórax (D) não oscilante. AP: MV ↓ em HTx D. Cond. Fisiot respiratória. — Ana Carolina 126843-F
10/01/2020 (manhã)	Paciente no leito, disposto, eupneico em ar ambiente s/ dreno de toráx, nega co-morbidades, queixa de IVJ, mantendo diagnóstico. Indicado a Fisioterapia Respiratória. — [illegible] COREN-RR 35375-F
14/01/2020 (manhã)	Paciente no leito, disposto, eupneico em ar ambiente, sem descanulação, sem hipótese. mantendo diagnóstico. + tratar sequelas, indicado a Fisioterapia Respiratória + ok. — [illegible]

113

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-2	DATA	15/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	Y	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

06h: PA: 120x80 FC: 60 T: 36,1

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	72		36°C
18 H	110x70	78		35,5°C
24 H	130/90	68		36°C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

paciente no leito estável, afebril SSVV com funções fisiológicas e sem queixas
enfermagem
COREN 103/932

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Silva			
		Leito: 113-L		Data: 15/01/2020	

Localização	Região: Torax D Grau: I (X) II ( )	Região: MID Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : D Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada (X) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554 / Emiliana do N. Silva COREN-RR 47.340-AE / Joanna Paiva Loureto COREN-RR 487.031 - TE	Joanna Paiva Loureto COREN-RR 487.031 - TE / Emiliana do N. Silva COREN-RR 47.340-AE / Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	16/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/86	83		35 h C
18 H	122x90	81		36.1
24 H	122x82	70	—	36,3 C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

06:h PA= 142x85
P= 85 T= 35C

ch. colhido amostra de sangue, encaminhado a agencia transfusional. ch. medicado conforme aprazado SSVV.

Jacqueline Vieira de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-TE

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

HGR

Nome: Ruben Honorato silva

Data de Nasc: 29 / 03 / 1984 Idade: _____ Setor/Leito: A - 113 - 1 Data: 16 / 01 / 2020

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Ost. de Fêmur (D)

1. Informações:
Jejum (X) Sim ( ) Não
Prótese ( ) Sim (X) Não
Exames ( ) Sim ( ) Não
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não
Lateralidade (X) Sim ( ) Não
PNE ( ) Sim (X) Não
Alergia ( ) Sim (X) Não
Qual: _____
Reserva de Hemoderivado:
(X) Sim ( ) Não
Outros: 2 CH

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

3. Sinais Vitais:
T _____ °C
R _____ rpm
FC 92 bpm
PA 128 x 81 mmhg
SAT 95 %
(X) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Octe em Pré-operatório
Fêmur (D) Fral do fêmur
(D), acesso venoso periférico
MSD (D), nega
alergia, comorbidades, nega agravo
de doença prévia
nmbs

Suellen M. B. Ramos
Enfermeira
COREN-RR 349.995

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento

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

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

Exames na SO:
( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX
( ) Gasometria ( ) Outros: _____

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

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

Sinais Vitais: Saída da SO
T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm
PA _____ mmhg SAT _____ %
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____

SRPA

Anestesia	Cirurgia

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

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'						
15'						
30'						
45'						
1h						
01: 30 h						
2 h						

Observações:

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

_____
_____
_____
_____
_____

HGR

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Rubem Honorato da Silva.
Responsável Cirurgião Dr. Pedro / Ulderson

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
( ) Identidade
( ) Sítio Cirúrgico
( ) Procedimento
Consentimento ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
( ) Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

( ) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

( ) OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

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

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
( ) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
( ) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

_____
Assinatura

Data ___/___/___ Hora:___:___

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr Bruno

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

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

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

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

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

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

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

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

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

_____
Assinatura e Carimbo

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral de Roraima	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Moreira Silva			
		Leito: 113.1		Data: 16 / 01 / 2020	

Localização	Região: L. tórax D Grau: I ( ) II (✓)	Região: MSD Grau: I (✓) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ✓Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros L Retirado. do abdome	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (✓)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro: L pouco
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Selma Paulo F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.631 Ana Camila da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.622 Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	Selma Paulo F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.631 Ana Camila da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.622 Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE
Observações:		

113 - 1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Ruben Honorato Silva				
DIAGNÓSTICO	Fratura diafisaria de fêmur (d)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	113-1	DATA	17/01/20	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 · 18 · 24 · 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 · 18 · 24 · 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H Suspensa	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
15	Clexane 40mg S.C 1x ao dia	M
16		18
17		
18		
19		
20		
21		

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

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

Dr. Odipsom Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1891/RR

SINAIS VITAIS		120x70	77	36.0C
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	115x71	71		36C
18 H				
24 H	130x80	68	-	36.3

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Tarde - Paciente estável p/ m-c.p.m + Sbrue

Maria Murilene C. Azevedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR

Paciente no leito, sem queixas, melhorado, sinais vitais preservados, segue após [illegible]

Acácio R. Campos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR

18h- Paciente retorna do c.c. às 9:45 com cirurgia concluída. Reinfundido SSN. AVP em MSE, mantendo hidratado. #
18h- Administradas medicações C.P.M.

Tatiana Sarmento L. [illegible]
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 462501

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-2**	DATA	**17/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

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

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA	8:30h	EVOLUÇÃO
17/01/2020	pat por falta tempo confirmação Sala ocupada pelo CG	

Aldenora Silva
Enfª
12.375

ASSINATURA: _____

CRM: _____

Paciente: Ruben Honorato Silva	**Sexo:** Masculino	**Nasc:** 22/03/1984	**Idade:** 35 ANO
Solicitação: 20153435 **Número Interno:**	**Solicitante:**		
Origem: HGR	**Setor:** GRANDE TRAUMA	**Leito:** ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 28/12/2019 21:22	**Recebimento:**		

Resultado de Exame

Amostra: 2015343503

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	15.01 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10³/uL
NEUTRÓFILOS	89.00 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	4.10 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	6.50 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	0.10 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	4.53 x10^6/uL	4.32 - 5.52 x10^6/uL
HEMOGLOBINA	14.30 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	42.00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	91.70 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	31.20 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	34.00 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.90 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	46.00 fL	35.0 - 56.0 fL
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	206.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10³/uL
VPM	9.90 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.80	9.0 - 17.0
PCT	0.204 %	1.08 - 2.82 %

Rosilane Reis
Bioquímico
CRF-RR 230

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cionni de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 150

(*) Retificado

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 08:56

Hospital Geral de Roraima
Fone(95) 2121 0640
E-mail: hgr.lab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 2368 - Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO DO HGR

SESAU

GOVERNO DE RORAIMA

Paciente: **Ruben Honorato Silva**	**Sexo:** Masculino	**Nasc:** 22/03/1984	**Idade:** 35 ANO
Solicitação: 20153435 **Número Interno:**	**Solicitante:**		
Origem: HGR	**Setor:** GRANDE TRAUMA	**Leito:** ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 28/12/2019 21:22	**Recebimento:**		

Resultado de Exame

Amostra: 2015343501

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)	**Resultado**	**Referência**
TEMPO DE PROTROMBINA	**13,00 seg**	10.0 - 14.0 seg
RNI	**0,87**	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	**27,80 seg**	25.0 - 39.0 seg
RATIO	**1,02**	0.75 - 1.22

Notas

Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Rosilane Reis
Bioquímico
CRF-RR 230

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cunha da Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

(*) Retificado

Obs. Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 06:57

Hospital Geral de Roraima
(0xx95) 2121 0849
E-mail: hgr.lab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3705 - Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO DO HGR

SESAU

GOVERNO DE RORAIMA

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**18/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	~~12 18 24~~ ~~06~~
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14 22~~ ~~06~~
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	S/N
7		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12 18 24~~ ~~06~~
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	~~12 06~~
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Manter
18	CURATIVO DIÁRIO	Realizar
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	**Tax**
12 H	130/70	70		
18 H	142/83	73		
24 H	120x80	74	20	36°C
06H	120x80	70	20	36°C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**19/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 12 18	24
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14 22
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	8
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H 12 18	24
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM/RR 1995

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	128x76	74	–	36,4°C
18 H	110x70	75	20	36,8°C
24 H	129x80	67		35,8

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

feito SSVV + medicação
cpm.

Diana Robert Weyne
Técnica em enfermagem
COREN-RR 566/074

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**20/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-18-24-06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7		
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12-18-24-06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10-22 06
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Enfermeira
19		
20		
21		

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

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

06 h PA: 118/79 FC: 92

SINAIS VITAIS				
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	TAX
12 H	110x60	68		36,5
18 H	120x78	67	-	36
24 H	121/85	78		

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

18h plantão Diurno, ADM MEPM, realizado SSVV + CCGG - Izaquiel Lima Silva

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**21/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14 22 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16 06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	22 10
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	
12 H	140x103	74		36°C
18 H	112x67	67	–	35,5
24 H	123x81	63	–	–

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

18h Pt medicado c/ P.M. e avaliado SSVV.
6:00 PA: 128x83 mmHg
F: 59 bpm

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	22/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12 ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14~~ ~~22~~ ~~06~~
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~06~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	~~10~~ ~~22~~
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TT
12 H	138/80	68	21	36,6
18 H	115/78	59	—	35,7
24 H	110x79	78		35,8

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

12/15 paciente no leito
feito medicação e
seguir nos horários

Plantão Noturno, administrado
Medicação prescrita segue
aos horários

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Hamamoto Silva.			
		Leito: 113.1		Data: 22/01/2020.	

Localização	Região: 2 tórax D Grau: I ( ) II (X)	Região: MSD. Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : X Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Selma Paula F. da Silva Téc. Enfermagem COREN-RR 934.631 Ana Carola da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.522 Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272-NE	Selma Paula F. da Silva Téc. Enfermagem COREN-RR 934.631 Ana Carola da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.522 Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272-NE
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**23/01/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SA
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	[illegible]
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	[illegible]
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	~~12 18 24 06~~
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14 22~~ 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	[illegible]
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~16~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	[illegible]
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12 18 24~~ 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	~~10 22~~
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	[illegible]
17	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	137x74	68		35,8°C
18 H	11x77	62		36,5°C
24 H	110x80	76		
06 H	110x70	72		

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

12:00h. Queixa SSVV, adm. as med. CPM.
TORDL
OFERIDO SSVV
ADM MEDICAMENTOS CPM

Cristiane Moura de Souza
COREN-RR 292369 - TE

Cristiane G. M. Araujo
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 292369

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	24/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14~~ ~~22~~ 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~16~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	14/X 94	68		36
18 H	14x80	58		35,6
24 H	13x70	60		36,2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

Plantão matutino Enfermeira [illegible]
Pct acordado LOTE, realizado SSVV e medicação de horário

Pct medicado c.p.m e verificado SSVV.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: RUBENS HONORATO			
		Leito: 113-1		Data: 24/01/2020	

Localização	Região: MIO Grau: I (X) II ( )	Região: TORAX D Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : (X)Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X)Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X)Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X)Soro Fisiológico 0,9% (X)Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X)Soro Fisiológico 0,9% (X)Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X)Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Emiliana do N. Silva COREN-RR 47302-AE ENA Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 53.[illegible] BSPEREIRA Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172 BERENICE	Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 53.[illegible] Emiliana do N. Silva COREN-RR 47302-AE ENA Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**25/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14~~ ~~22~~ ~~06~~
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~16~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Romina
18	CURATIVO DIÁRIO	Romina
19		
20		
21		

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

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

06h 122x80 68 33.2C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	80		36
18 H	120x80	72		36
24 H	110x69	63		35,8

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	26/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVO
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~H 26 08~~
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~H6~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

Dr. Odinaeni Okemii
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1.5.1.1.1

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T°C
12 H	127x75	64	–	36
18 H				
24 H	130X80	62		

06H 130x70 66

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Ruben Honorato Silva		
		Leito: 113-1	Data: 26/01/2020	

Localização	Região: MID Grau: I (X) II ( )	Região: Torax LD Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : (X)Tração ___ Fixador Externo (X)ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia (X) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda (X) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco (X) Outro: seroso pouco
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE Mônica Reis Farias Técnica em Enfermagem COREN-RR 000829-TE Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 415272 - AE Mônica Reis Farias Técnica em Enfermagem COREN-RR 000829-TE Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**27/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	EA
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14 22~~ 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~14~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Horas
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

06h: 139 19 S FC: 72. 36,2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAX
12 H	130x80	82	20	36,5
18 H	141x80	82		36.
24 H	130x90	80	19	36.0C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
+ ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

12h feito medicação
SSVV CPM.
Tec. Bárbara.

Paciente no leito sem queixas medicado sinais vitais coletados, seguindo cuidados da enfermagem.

Aécio P. Campos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1392846-TE

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**28/01/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137x8	82	—	36,2°
18 H	111x80	78		35,8
24 H	110x70	80		36,2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

11:05 Paciente no leito, acompanhado SSVV com queixas, retirado alegando a pedido do paciente o mesmo disse estar bem adaptado a medicação V.O.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº I	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Honorato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 28/01/2020	

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

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	29/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :
06:00 130x80 81

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	117x70	66	18	36.3C
18 H	130x50	61		35.2
24 H	130x80	60	—	36.0C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

as 12:00h Paciente no Leito, Aferido SSVV segue sem Queixas aos cuidados da Equipe de Enfermagem.
Vilene Garcia P. Mo
Técnica de Enfermagem
COREN RR 69.

18h paciente no leito, medicado, aferido SSVV.
Edmar de Almeida Matos
Téc. em Enf.
COREN-RR 907672-TEC

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Homerato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 24/01/20	

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

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**30/01/2020**

ÍTEM.	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	07
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp.
12 H	118x88	65	—	36°C
18 H	117/80	72	—	35,2°
24 H	129x81	68		36°

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

06H-13H- 126x84 Paciente no leito higienizado, verificado SSVV, sem medicações para o horário. Sem queixas, se que os cuidados de equipe.
Téc. Enf.
Kenany
Coren-RR

Dionides Peixoto Silva
COREN-RR 799 581 - TE

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	31/01/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

PA 127/84 58 - 35,2°C

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	125/77	65		35,0
18 H	120/80	69		35,0
24 H	110/64	60		35,6°C

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

12h. Afebril SSVV, sem queixas durante o plantão, segue nos cuidados de enfermagem.

Jacqueline Nogueira de Aguiar
Técnica em Enfermagem

19. 7H Paciente no leito sem queixas durante o plantão. Af afebril e

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Raiane Hemerente Silva			
		Leito: 113-1		Data: 31/01/20	

Localização	Região: M.I.D Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 905 152-11	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 149.769
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	**RUBEN HONORATO SILVA**				
DIAGNÓSTICO	**FX DIAFISE FEMUR D**				
ALERGIAS		HAS	**NEGA**	DM2	**NEGA**
IDADE		LEITO	**113-1**	DATA	**01/02/2020**

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	AVP
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14-20-02
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	16
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06 NOV F
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	
12 H	130x80	77		36
18 H	120x80	81		35,8
24 H	120/80	69		36,3
06	120/70	79		36

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

Realizado SSVV. ADM. as medicações CPM. Sem queixas, segue aos cuidados da enfermagem!

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Honorato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 01/02/20	

Localização	Região: MID Grau: I (X) II ( )	Região: Dorso-D Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : (X) Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada (X) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709 / Mônica Reis Farias	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709 / Mônica Reis Farias
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	02/02/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SFD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SF
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SE	SF
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SF
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	Ab.
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	Db
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SL
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	SF
17	SSVV + CCGG 6/6H	
18	CURATIVO DIÁRIO	M
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORRIGIR COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV 1 AV, AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO, LUCIDO, ORIENTADO, ATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ICTÉRICO, ANICÊRICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	F	T
12 H	110x60	65	36,7°
18 H	128/87	73	36,3°
24 H	120x80	69	36°

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

15h: Não realizado o item 05, por não ter no setor, realizados os demais - medicação.

Realizados SSVV. APM - as medicações com dipirona, sigo aos cuidados da enfermagem!
— 06h: PA 120x80

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral de Roraima	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Silva			
		Leito: 113-1		Data: 02/02/2020	

Localização	Região: MID Grau: I (✓) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (✓)Trauma : D Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (✓) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (✓) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Francileude C. Alencar Técnica em Enfermagem COREN RR 433058 TEC Emiliana G.N. Silva COREN-RR 174.XE	Rozângela Miguel Deodoro Téc. Enfermagem COREN-RR 544.111
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	0[illegible]/02/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14 22 6
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	Acuse
19		
20		
21		

Farmacia não disponibilizou.

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

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

120x80 56 20 36,8c

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	135x85	71		36C
18 H	110x70	79		
24 H	120x80	68	19	36,5C

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

12h. Verificados SSVV. Sem queixas neste período.

Técnico em Enfermagem
COREN-RR 46250

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital Geral de Roraima	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens H. Silva			
		Leito: 113-1		Data: 03/02/2020	

Localização	Região: MSD Grau: I ( ) II (✓)	Região: Tórax L.D Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ✓Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (✓) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓)Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (✓) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247 428 - TE Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247 428 - TE	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 1.247 428 - TE Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247 428 - TE
Observações:		

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	04/02/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14h 22h 6h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18h
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	6h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	**PA**	**FC**	**FR**	
12 H	146x120	74		35.8°C
18 H	136x90	72		35.1
24 H	120x70	64		36.2
obito	117x60	62		36.2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

Pacientes no leito feito medicação 9pm SSVV leito sem queixas segue aos cuidados da Equipe
Não disponível na farmácia

Valeska Ferreira
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 000.000

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	05/02/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	04 12 16
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	08 Pressor
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

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

06 120+50 90 36°

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130x80	70		36,9°C
18 H	12 x 86	68		35,7°
24 H	120+50	89		36°

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

12h → Pct. no leito, sem queixas, aferido SSVV

Tarde → Aferição SSVV
ADM → administrado conforme prescrição
Cuidados gerais feito
Item 8 Não administrado por não ter no setor

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	06/02/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14 22 06~~
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~18~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Adina
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
SOLICITAÇÃO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :
06:00 cirurgia

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	136x78	68		36,0
18 H	126x79	71	19	35,8
24 H	110/70	66	20	36,2

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

12:00h Ferido SSVV. Realizado Coleta de sangue p/ CTI
As 18:00h Paciente no leito, Afebril SSVV, segue sem queixas aos cuidados da enfermagem.

Rosilene Garcia P. Mendes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

Anexo I

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Rulien Thomaz Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: paciente submetido a osteossíntese de fêmur D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Pós Acidente

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): RX + exames gerais

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fx fêmur D

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: osteossíntese de fêmur D

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Ederson Pedro

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Augusto Cauchioli Barnes, Médico Ortopedista e Traumatologista, CRM-PR 19...

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 7/7/20

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 1408050519 5723 V799

7.2

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

Rulian Donato Silva

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 7 / 2 / 22 a.s

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação de fêmur D
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de fêmur D
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Thalisson
1° AUXILIAR: Pedro
2° AUXILIAR: Pedro
INSTRUMENTADORA:
3° AUXILIAR: Odinski
ANESTESIA:
ANESTESISTAS:
ANESTÉSICO:
INÍCIO:
FIM:
DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em DDH sob sedoanalgesia
2) Antissepsia e Antisepsia
3) Colocação de campos estéreis
4) Incisão em região lateral de coxa direita com dimensão pelo plano de face de fêmur
5) Redução cruenta com placa DCP 10 orifícios e 8 parafusos
6) LMC com SF 0,9% + Sutura com Nylon e Vicryl
7) curativo
8) Ao RPA

Dr. Augusto Cauchemite
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1934

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Ruber Honorato Silva 35a Ø comb Ø Alergia PI

PRÉMEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 100mg { 8ml
MDZ 4mg { Soldisfotonio

Nº Boa Vista-RR

07/02/20

AGENTES

LÍQUIDOS VENOSOS: SF 0,9% 500ml; SF 0,9% 500ml; SF 0,9% 500ml

DA X
ULSO ●
ANES X
CP O
TEMP □
ASPIR. A
RESP O

°C: 38, 36, 34, 32, 30
240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

Fluxo
Reag.
Cancr.

SÍMBOLOS

AGENTES / DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Bupivacaína 0,5% 10ml	Bloqueio do Nervo Femoral + Peridural com passagem de cateter sob ventilação espontânea	X monitorização
Bupivacaína 0,5% 10ml		① checagem OK
Dopamina 5% 10ml		② Venoclise: MSE 320ml
D		③ Antissepsia Região Inguinal com álcool 70% + Infiltração de Planas + Punção de Nervo Femoral Guiado por USG
E		④ Injeção de AG A após Aspiração negativa para sangue
F		
G		
GLICOSE / LÍQUIDOS	Cabeça - Nariz / Ora Faríngea	
NDCD	Nariz / Orofaríngeal - Cego	
SANGUE	Bal - Tamp - Cânula de Traqueo	
	Sob Máscara	
	Circulante Técnica	
	TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL		

OPERAÇÃO: Osteossíntese de Fêmur ⑤

Lamaçal - Sangrento - Excesso Saliva
Depressão Respiratória - Hipóxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Anemia
Baixa Temperatura - Choque

ANESTESISTA: Dra Yasmin
CÓDIGO
CIRURGIÃO
PERDA SANGUÍNEA

Res. Emanuel Rugio

④ Cefuroxima 2g IV
⑧ Dexametasona 10mg IV
⑨ Cetoprofeno 100mg IV

③ Antissepsia Região Inguinal com álcool 70% + Infiltração de Planas + Punção Lática com Agulha 18G de Tuohy. Doglietti positivo. Injeção de AG B + C. Figueredo positivo
⑥ Passagem de Cateter Peridural. Bloqueio Sotisfotônio

⑦ PCA ativado com RPD.

Iasmin Sindeaux
Anestesiologia
CRM-RR 1699

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Idade: 35	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Ruben Henenato Silva	113 01		07 / 02 / 2020

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteossíntese de Fêmur (D)	08:50	11:20	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	Dr. Hélcinos	ANESTESISTA:	Dr. Jaime
		RES. ANESTESIA:	Dr (R3) Emanuel
1º AUXILIAR	Dr. Pedro	INSTRUMENTADOR	Dr Augusto (R1) Daniel
2º AUXILIAR	Dr (R3) Fabio e Dr (R1) [illegible]	CIRCULANTE	Jefro e Rejeany e [illegible]
TIPO DE ANESTESIA:	Peridural	TEMPO DE DURAÇÃO:	( )

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☑☑☑☑	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☑☑☑☑	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
☑☑☑	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☑1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		☑	FIO VICRYL Nº 1	
☑☑	LUVA ESTERIL 8.0		☑	FIO MONONYLON Nº 2/0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☑☑☑	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☑	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		☑	~~[illegible]~~	
	DRENO DE PENROSE Nº		1 frasco	FIO SEDA Nº Clorexidina Degermante	
1	SERINGA 01ML		1 frasco	SURGICEL Álcool a 70%	
	SERINGA 03ML		☑☑	CERA P/ OSSO Fresa p/ osteossíntese	
2	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº cateter de Fenodex	
17	SERINGA 10ML		1	~~GEOFOAM~~ agulha de Fenodex	
7	SERINGA 20ML		1	~~FITA CARDIACA~~ cateter O²	
1	Equipo macro		☑	OUTROS: Eletrodos	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Selma e Erika	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia			Procedimento Realizado: Osteossíntese de fêmur D	
Nome do Paciente: Ruban Honorato Silva		IDADE: 30	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário	Data 07/02/2020
Bloco: A	Enfermaria: 113	Leito: 01	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Jetro e Rycony	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:
Grandes Fragmentos

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X) | Dados Adicionais: | Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
01	Placa DCP de 10 furos	01
02	Parafuso Cortical n. 32	06
03	Parafuso Cortical n. 36	01
04	Parafuso Cortical n. 34	01

MÉDICO CIRUGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ( ) | Nome da Empresa:SIRIUS ( ) /SINTESE ( ) /QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( ) | Marca:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

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

MÉDICO CIRUGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

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

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

Nome: Rubem Honorato Silva

Data de Nasc: 29 / 03 / 84 Idade: 35 Setor/Leito: BLOCO A – 113-2 Data: 07/02/2010

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Fratura Fêmur (D)

1. Informações:
Jejum (X) Sim ( ) Não
Prótese ( ) Sim (X) Não
Exames (X) Sim ( ) Não
Reserva UTI ( ) Sim (X) Não
Lateralidade (X) Sim ( ) Não
PNE ( ) Sim ( ) Não
Alergia ( ) Sim (X) Não
Qual: Látex
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não
Outros:

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

3. Sinais Vitais:
T ____ °C
R ____ rpm
FC 80 bpm
PA 132x86 mmhg
SAT 97 %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):
Admitido c/ realizou procedimento de fratura de fêmur (D). Informa ter alergia a Iód (Dito-lerina). Nega HAS, não alergia.

01 Admissão concluída às 11:11h

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
07:15	08:10	08:50	11:10	11:10

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
Osteossíntese de fêmur (D)	Peridural + Sedação	D-D

Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados
SF 0,9%: 1500 ml	Nome: Cefotaxima	CH:
SG 5%:	Dose: 2g	Plasma:
Outros:	Hora: 09:15	Plaquetas:

N° de Compressas oferecidas: 60
N° de Compressas recolhidas: 60

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

Anátomo Patológico:
(X) Não
( ) Sim
N° Peças: 0
( ) Cultura
( ) Outros:

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

Sinais Vitais: Saída da SO
T ____ °C R ____ rpm FC 95 bpm
PA 93x57 mmhg SAT 91 %
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) outros:

SRPA

Anestesia	Cirurgia
Peridural + Sedação	Ost. de fratura de fêmur (D)

Localização
1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso venoso
5. Outros: Cateter O2

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'	—	87	76x46	99	8	0
15'						
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2 h						

Observações:

BALANÇO HÍDRICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	CH	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros	
11:27	50ml SF0,9%								

Erika Weruska A. da Silva
Enfermeira
COREN 254.194-RR

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

11:22. Paciente admitido no RSPA pós-operatório de fratura fêmur D, está calmo, lúcido, orientado, eupnéico em uso de cateter de O2, normocárdico 82 bpm, hipotenso 82x50 mmHg, sat 100%, FO sendo sangue contínuo, trocado curativo p/ curativo compressivo. Após recuperação anestesia, encaminhado para o bloco A, setor 113, leito 2.

HGR

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Ruhan Marcelo Silva
Responsável Cirurgião Dr Pedro e Dr. Wilemar

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
( ) Identidade
( ) Sítio Cirúrgico
( ) Procedimento
Consentimento (✓) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO
( ) Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
(✓) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(✓) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(✓) OXÍMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
(✓) Não ( ) Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
(✓) Não
( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
(✓) Não
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

1890 RIS.10
Assinatura

Data ___/___/___ Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr Yoneiro e Dr. Emanuel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
(✓) Identificação do paciente
(✓) Sítio cirúrgico
( ) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
( ) Não se aplica
(✓) Sim,
Qual: Cefalosporina 2g Hora: 09:15

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

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

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

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO 4 bomgedas Quebradas
(✓) Sim ( ) Não Enviadas c/ defeito

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

Erika Werusha A. da Silva
Enfermeira
COREN-254.154/RR

Assinatura e Carimbo

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Rudpen Johnnatas Silva				
DIAGNÓSTICO	Fx femur D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	213-1	DATA	7/6/22

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	Tilatil 2g EV 12/12h	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Dr. Alfredo Coutinho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

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

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

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Rubens Monteiro Silva				
DIAGNÓSTICO	Fx Femur D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	1/01/2008

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	Mantida
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	14.20.01.08 06 0
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA (SN)	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	(16) 24, 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N (SN)	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	16 22 04 10
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H SV/SP	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG (SN)	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	
14	CURATIVO DIÁRIO	Último curativo
15	Tilol 20mg EV 12/12h	16 04
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Dr. Augusto Cavalcante
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1941

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x70	121	36C	
18 H				
24 H	[illegible]	[illegible]		[illegible]

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18h. Paciente no leito sem queixas no horário. Sem medicação c/ SSVV. Segue aos cuidados de

Edilamar Duarte
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 91748-TE

115-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	08/02/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ A farmácia não disponibiliza
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	~~16~~
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	~~06~~
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	~~12~~ ~~18~~ ~~24~~ ~~06~~
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	~~22~~ ~~16~~
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
18	CURATIVO DIÁRIO	[illegible]
19		
20		
21		

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

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

ob 130x90 98 2.L 36,8c

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	144x81	103	[illegible]	36,8
18 H	[illegible]	133x77	114	[illegible]
24 H	[illegible]	110x70	67	22	36,5c

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

07as 19hs ⇒ Paciente medicado CPM, aferidos os SSVV.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens Honorato Silva			
		Leito: 113-1		Data: 08/02/20	

Localização	Região: Dreno - D Grau: I ( ) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada (X) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: Age	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Rosiende P. Nunes Téc. em Enfermagem COREN-RR 778 677 Regiangela	
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	09/02/2020

ÍTEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	mantar
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	SN
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	Dietrine
18	CURATIVO DIÁRIO	M
19		
20		
21		

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

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

06h 130x70 98 36,2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136x78	92	36,4	
18 H	149x78	105	36,2	
24 H	140x70	95	36	

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

Plantão diurno, administrando medicação prescrita sem queixas. [illegible]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Rubens H. Silva			
		Leito: 183-1		Data: 09/02/2020	

Localização	Região: MSD Grau: I ( ) II (✓)	Região: MSD Grau: I (✓) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (✓)Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓)Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (✓)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓)Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓)Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓)Soro Fisiológico 0,9% (✓)Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE Ana Cunda da Silva Garcia Técnica Enfermagem COREN/RR 934.622	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965152 COREN/RR 934.622
Observações:	Paciente Rubens H. Silva, é realizado curativo em MS-D, possível instalação de infecção, enfermeira foi comunicada e a mesma providenciou.	

113-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RUBEN HONORATO SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	113-1	DATA	10/02/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	SSVV + CCGG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO :

CONDUTA : MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :

PREVISÃO DE ALTA :

06h: 15/70 84 - 37°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	14x86	99		36
18 H	120x	90		36
24 H	120x80	90		35,6

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

Plantão matutino sem queixas. Pct acamado HDE, realizado SSVV sem queixas.

10/02 Plantão noturno. Paciente sem queixas e no leito. Aguardando disponibilidade de hemocomponentes.

Gelcivânya da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-258.775

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: RUBENS HONORATO			
		Leito: 113-1		Data: 10/02/20	

Localização	Região: MIE Grau: I (X) II (X) 4	Região: TORAX D Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra (X) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709 Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.355	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709 Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.355
Observações:		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

RESUMO DE ALTA

NOME: Ruben Honorato Silva
DATA DA INTERNAÇÃO: 28/12/2019
DATA DO PROCEDIMENTO CIRURGICO: 28/12/2019
DATA DA ALTA: 10/01/2020
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Dra. Adelie Gai Costa

DIAGNÓSTICO:

Pneumotórax à direita

TRATAMENTO

Toracostomia em selo d'água à direita

EVOLUÇÃO

Paciente evolui sem intercorrências, deambulando, aceitando bem a dieta ofertada, com funções fisiológicas preservadas, sem queixas, apto a alta da Cirurgia Geral, recebe-a.

ORIENTAÇÕES

1. Lavar ferida de inserção de dreno com água e sabão, manter curativo local limpo e seco.
2. Manter curativo oclusivo pós-retirada de dreno por 48h sem efetuar a troca do mesmo.
3. Dieta oral livre, a respeitar as restrições alimentares que tenha por outras doenças, caso haja.

Rullan Viana de Souza
Médico Residente
Cirugia Geral
CRM-RR 2047

Médico(a)

Boa Vista-RR, 10 de janeiro de 2020

113-1

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

D	DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIE	RUBEN HONORATO SILVA				
AGNO	FX DIAFISE FEMUR D				
ALER		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ID/		LEITO	1	DATA	11/02/2020

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA GERAL VRI	SNS
	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Marcia
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	SIMVASTATINA 01 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h	14 22 06
6	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN	
7	ENOXAPARINA 40MG SC 1x DIA	16 06
8	OMEPRAZOL 20MG VO 1x DIA	
9	DIPIRONA + DOPAMIDA 5MG EV 8/8H S/N	SNS
10	DIPIRONA 500MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10 22
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 180 MMHG OU PAD > 110 MMHG	
17	DESCONTINUAR ENOXAPARINA	Marcia
18	ALTA HOSPITALAR	
19		
20		
21		

DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 201-250: 4UI; 251-300: 8UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 ML DE GLICOSE 50% 40 % EV E AVISAR PLANTONISTA

EVO
#EN: PACIENTE LEITO, NOTURNO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
#E: ANICTERICO, ACIANOTICO, ANICÊRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NOR: ...
#SO: ...
#CON: MANTIDA
#PR: INDICAÇÃO DE CIRURGIA
#PR: ...

SINAIS			
8			
12			
16			
24			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

Paciente não aceitou item 10 e 11 porque já está de alta.
Só falta os papeis médicos.
Tec. Luzia.

113-1

HCR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Ruben Leonardo Silva, 33 ANOS, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 28/12/19, COM DIAGNÓSTICO DE fratura de diáfise de fêmur D

NO DIA 7/2/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE osteossíntese de fêmur D SENDO OPERADO PELO DR. Pedro E DR. Pedro.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/2/20 ÀS 11 horas EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 24/02/20 ÀS 13 horas COM O DR. Pedro

ORIENTAÇÕES GERAIS :

1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

11/2/20

BOA VISTA, ___/___/___

MÉDICO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118053/20

Número do Sinistro: 3200151669

Vítima: RUBEM HONORATO SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019

CPF: 802.698.692-04 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** RUBEM HONORATO SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RUBEM HONORATO SILVA : 802.698.692-04

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 06/05/2020	Data do cadastramento: 06/05/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 825.396.343-20	CPF: 020.134.582-07
WILLIAM GONCALVES FRANCO	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118053/20

Vítima: RUBEM HONORATO SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019

CPF: 802.698.692-04 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** RUBEM HONORATO SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

RUBEM HONORATO SILVA : 802.698.692-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/04/2020	Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 825.396.343-20	CPF: 020.134.582-07
WILLIAM GONCALVES FRANCO	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Ruben Honorato Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: Garçom RG: 228247
CPF: 802.698.692-04 ENDEREÇO: R. Benjamin Pereira Maia 1587
BAIRRO: Quadra Olimpica CIDADE: Boa Vista
CEP 69.316-370

VÍTIMA: Ruben Honorato Silva
CPF: 802.698.692-04 DATA DO SINISTRO: 28.12.2019
NATUREZA:

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Fraxe
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239777 ÓRGÃO EMISSOR: SESP-RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016
Nº CPF: 825.394.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 18 2995 Cauame Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de transito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista RR, 13 de Abril de 20 20

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO

RUBEM HONORATO SILVA
Assinatura

Obs – Reconhecimento por autenticidade.

192040.5e8b209471.df
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1-RUBEM HONORATO SILVA
Em testemunho da verdade. BPO
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 06 de abril de 2020.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portaldeboa.com.br
RECFIR158296HUKTV6T02J36CQ73 /
Emolumentos: R$ 2.56 Fundos ISS: R$ 0.65 SELO: R$ [illegible] R$ 4.71
192.040
Tulio Oliveira de Aquino
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118053/20

Número do Sinistro: 3200151669

Vítima: RUBEM HONORATO SILVA **Data do acidente:** 28/12/2019

CPF: 802.698.692-04 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** RUBEM HONORATO SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RUBEM HONORATO SILVA : 802.698.692-04

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 27/04/2020	Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO	Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 825.396.343-20	CPF: 020.134.582-07
WILLIAM GONCALVES FRANCO	SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO