

---

**Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200255457**

**Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

**Data do Acidente: 29/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

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

**Senhor(a), LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200255457**

**Vítima: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

**Data do Acidente: 29/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000005780-0**

Conta: **000010012604-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 1017.115.952-76 3 - CPF da vítima: 017.115.952-76 4 - Nome completo da vítima: Luis Felipe Nogueira Rego

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Nogueira Rego 6 - CPF: 017.115.952-76  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. José Dias Carneiro 9 - Número: 490 10 - Complemento:  
11 - Bairro: alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-232  
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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:  
AGÊNCIA: 5780 CONTA: 12604 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 rasturno (filhos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da assinatura beneficiário no documento  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data: Boa Vista RR 03 de julho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luis Felipe Nogueira Rego

43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/06/2020 14:06:10 Data/Hora Fim: 10/06/2020 14:06:10

Delegado de Polícia: Marcus Antônio de Paiva Albano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:35

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Alvorada

Lugradouro: Av. DOS GARIMPEIROS C/ RUA ADAIL OLIVEIRA ROSA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade 36
Profissão: Não Informado		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG: 3567109

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: RUA JORGE DIAS CARNEIRO

Nº: 990

Bairro: ALVORADA

Nome Civil: RENIER NEGREIRO GOIS (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade 27
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: TRAVESSA GUANABARA

Nº: 173

Bairro: Joquei Clube

Nome Civil: DAYANA BRAGA DE SOUZA (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Idade 22
Estado Civil: Sem Informação		

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Lugradouro: RUA JORGE DIAS CARNEIRO

Nº: 990





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

Bairro: ALVORADA

Razão Social: POLICIA MILITAR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 663.897.552-87
Placa NBA1749	Renavam 00495833100
Número do Motor JC48E2D013652	Número do Chassi 9C2JC4820DR013652
Ano/Modelo Fabricação 2013/2012	Cor ROSA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 29/05/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luiz Felipe Nogueira Rego	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTOCICLETA	CPF/CNPJ do Proprietário 337.038.333-00
Placa NAI8938	Renavam 00149278691
Número do Motor JC25E-T069883	Número do Chassi 9C2JC250TTR069883
Ano/Modelo Fabricação 1996/1996	Número da Carroceria 0
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN
Modelo HONDA/CG 125 TITAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/05/2004	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Renier Negreiro Góis	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado:

Que o Rop PM número 811789 informa que foram acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito com danos materiais e lesão corporal, no local foi constatado o sinistro. Conforme constatado no local o senhor RENIER NEGREIRO, condutor do veículo de placa NAI 8938 trafegava pela Avenida DOS GARIMPEIROS sentido RUA FRANCISCO ANACLETO DA SILVA. Quando no cruzamento com a Rua ADAIL OLIVEIRA ROSA interceptou o veículo conduzido pelo o senhor LUIS FELIPE, que trafegava na referida Rua sentido BAIRRO CENTRO. Que o condutor Luiz Felipe sofreu uma fratura aberta no pé direito, e a passageira que diz chamar se DIANA BRAGA DE SOUZA sofreu um fratura aberta na perna esquerda, sendo ambos levados ao Pronto Socorro pelo resgate do SAMU. Que Luiz Felipe aparentava visível estado de embriaguez, não sendo este submetido ao exame de alcoolemia alveolar com o etilômetro por não oferecer condições para tal, sendo este autuado por dirigir veículo sem possuir CNH. Que Renier foi submetido ao teste de alcoolemia alveolar com o etilômetro e



Impresso por: Ana Cassia Femeira Cruz  
Data de Impressão: 10/06/2020 14:21:28

Página 2 de 3  
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00009083/2020-A01

teve como resultado 0,0. A perícia foi acionada para o local onde foram realizados os trabalhos chefiados pelo perito SILVIO. Que Renier foi autuado por dirigir veículo sem possuir CNH. Após os procedimentos realizados no local o veículo de Renier ficou aos cuidados do próprio condutor e o veículo de Luiz Felipe ficou aos cuidados dos familiares. Apresentam Renier por dirigir veículo sem possuir CNH. Era o que tinha a relatar.

A VÍTIMA DAYANA BRAGA DE SOUZA (QUALIFICADO NO B.O EM EPIGRAFE), COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR/CORRIGIR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, ALGUNS DADOS, BEM COMO SEU NOME COMPLETO; QUE DAYANA AFIRMA QUE SEU NOME É DAYANA BRAGA DE SOUZA (EM ANEXO CARTEIRA DE TRABALHO E DOCUMENTAÇÃO MÉDICA), NÃO DIANA BRAGA DE SOUZA INFORMADO ERRONIAMENTE NO REGISTRO, É O ADITAMENTO/ACRÉSCIMO/CORREÇÃO.

QUE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, EU HUALACY SEELIG. S. DE SOUZA, ESCRIVÃO DE POLÍCIA AD-HOC, CHEFE DE SEÇÃO DA POLÍCIA CIVIL, MATRÍCULA Nº 020118884, RESPONSÁVEL POR ESTE ADITAMENTO B.O, ORIENTEI QUE O COMUNICANTE PODERIA RESPONDER CIVIL E CRIMINALMENTE PELO PRESENTE RELATO QUE DEI ORIGEM, SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, CONFORME PREVISTO NOS ARTIGOS 339-DENÚNCIAÇÃO CALUNIOSA E 340-COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME OU DE CONTRAÇÃO DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

ASSINATURAS

  
Hualacy Seelig S. de Souza  
Escrivão de polícia "ad-hoc"

Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima  
Matrícula 020118884

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

  
Dayana Braga de Souza

Comunicante

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 017.115.952-76 4 - Nome completo da vítima: Luis Felipe Nogueira Rego

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

5 - Nome completo: Luis Felipe Nogueira Rego 6 - CPF: 017.115.952-76  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. José Dias Carneiro 9 - Número: 490 10 - Complemento:  
11 - Bairro: alvorada 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-232  
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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:  
AGÊNCIA: 5780 CONTA: 12604 7 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (na 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 rasturno(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.

34

Impressão digital da assinatura beneficiário no documento

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Boa Vista RR 03 de julho

x Luis Felipe Nogueira Rego

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010012604-9

---

Nr. da Autenticação F232CBBB15B90C96





CNPJ: 05.938.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 09.309-410

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 9520  
www.caerr.com.br

Matrícula: 1358189

Fevereiro/2020

<b>Dados do Cliente:</b> FRANCINETE PEREIRA DOS SANTOS VIANA		<b>Endereço para entrega:</b> RUA JORGE DIAS CARNEIRO, 80990 - 1 - ALV ORÇAO BOA VISTA RR 69317-232																																											
<b>Inscrição</b> 001.019.025.0280.001	<b>Rota</b> 29	<b>Seq.Rota</b> 2659	<b>Quantidade de Economias</b> RESIDENCIAL																																										
<b>Hidrometro</b> A18C018764	<b>Data de Instalação</b> 24/11/2018	<b>Situação Água</b> LIGADO	<b>Situação Esgoto</b> LIGADO																																										
<b>ANTERIOR</b> LEITURA FAT. 149	<b>ATUAL</b> 158	<b>CONSUMO (m3)</b> 9	<b>NUM DE DIAS</b> 27																																										
<b>LEITURA INF.</b> DT. LEITURA 24/01/2020 20/02/2020																																													
<b>ULTIMOS CONSUMOS</b>																																													
202001	14-0																																												
201912	12-0																																												
201911	12-0																																												
201910	10-0																																												
201909	12-0																																												
201908	13-0																																												
<b>MEDIA</b>	<b>12</b>																																												
<table border="1"><thead><tr><th colspan="6">Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor</th></tr><tr><th colspan="6">Informações das amostras Realizadas na Rede de Distribuição</th></tr><tr><th colspan="6">DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M</th></tr><tr><th>AMOSTRA</th><th>CLORO</th><th>TURBIDEZ</th><th>ODR</th><th>C.TOT/MIS</th><th>E.COLI</th></tr></thead><tbody><tr><td>EXIGIDA</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>ANALISADA</td><td>242</td><td>242</td><td>242</td><td>242</td><td>242</td></tr><tr><td>CONFORME</td><td>242</td><td>242</td><td>242</td><td>242</td><td>242</td></tr></tbody></table>				Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor						Informações das amostras Realizadas na Rede de Distribuição						DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M						AMOSTRA	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOT/MIS	E.COLI	EXIGIDA	100	100	100	100	100	ANALISADA	242	242	242	242	242	CONFORME	242	242	242	242	242
Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor																																													
Informações das amostras Realizadas na Rede de Distribuição																																													
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M																																													
AMOSTRA	CLORO	TURBIDEZ	ODR	C.TOT/MIS	E.COLI																																								
EXIGIDA	100	100	100	100	100																																								
ANALISADA	242	242	242	242	242																																								
CONFORME	242	242	242	242	242																																								
<b>DESCRIÇÃO</b>		<b>CONSUMO</b>	<b>TOTAL(R\$)</b>																																										
<b>AGUA</b>																																													
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																													
CONSUMO DE AGUA		9 M3	23,83																																										
ESGOTO		80.0 % DO VALOR DE AGUA	19,06																																										
JUROS DE MORA 11/2019			0,55																																										
<b>TOTAL A PAGAR</b>			<b>43,44</b>																																										

IMPRESSO EM: 20/02/2020 09:47:10

Via do Cliente



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

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

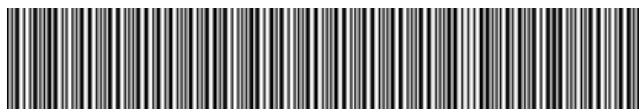
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>703494</b>	MÊS <b>03/2020</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 552,25</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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 da profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 805.396.343 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luís Felipe Nogueira Rego inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.115.952 / 76

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Luís Felipe Nogueira Rego

inscrito (a) no CPF sob o Nº 017.115.952 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa informar

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

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Laura Moreira</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco9926@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>9913-3855</u>

Local e Data: Boa Vista RR 07 de julho de 2020

William Gonçalves Franco  
Assinatura do Declarante



\* Realizo TC de cráneo y el tórax  
\* Se hizo evaluación de la columna cervical



11/03/2010  
15:30

2 CCB

paciente alcoolizado com  
alco. operado em 1973 @ e ptive.  
diversas fraturas em tornozelo e manilha  
superior, dorso, plav. indolores  
sem sinais de perfuração. PC 136,  
TC: sem lesões cerebrais em T6 a T10  
obtenho

- Coluna em polio e fratura D  
H2 poliframo

CC: Sem conduta de hipotensão pole C  
Cerv: - Radiação de osteoclastos

21/03/20 07h05

fratura com um ligam  
mentos de pc + fr ext  
da perna D + fr d hum  
Ct: Ac CC 11 LM

+ fixação

Dr. Pedro de S.  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

lesão extensa de partes moles

ocorre na parte dos dedos.  
Ele tem orientado para  
da possibilidade de amputação

informe  
12/03/2010

10h05  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2047





TRANSF: 09/03/2005

Anexo I

NIR



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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com múltiplas fraturas expostas de p. (D) + Exposta de perna (B) + Ex. perna (B)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

H.O. Wm/CO

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

Radiografia + RX + Ex. P. B. CO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050500 → 5822

1799

0408050462 → 5977

Allep → 0408050098 → 5723





## BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01/05/20 O.S. \_\_\_\_\_

Wesley  
Nogueira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Exatidão de PC e Perua (D) + per (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

AO Unifco

TIPO DE INTERVENÇÃO:

LNC + fixação

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

GNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Sauraty

1º AUXILIAR:

Dr. Pedro H

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Paciente em DDH sob anestesia
- 2 - Assepsia + Antissepsia + volume de campo
- 3 - LNC exatidão com Sol 0,9%
- 4 - fixação de Perua com fixador externo 300
- 5 - fixação de múltiplas fraturas de per (D) com fios de Kirschner
- 6 - fixação de per com traços transverse
- 7 - LNC + sutura por pontos
- 8 - RPA


Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 2028

Continuar



Observada intensa lesão de partes  
moles e lesão vascular anterior e  
comunicação de médio pé

Após a fixação o pé do paciente  
permaneceu cravado na região  
dorsal e possibilidade de invasi-  
ção vascular principalmente no  
hálux.

  
Jonathan Lopez  
22/11/2009





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

LUIZ FELIPE NOGUEIRA REBO

Nº

01.03.2020

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

05 06 07

AGENTES

N 20

02

LÍQUIDOS  
VENOSOS

A

W

S

D/E

SP SF SF SF  
500 500 500 500

ELB, FL, PWT, SPO2

DA

X

ULSO

•

ANES

X

OP

O

TEMP

□

ASPIR.

A

RESP

O

Export

Assist

Condo

SÍMBOLOS

XO

OK

A F 80+

AGENTES

A

BUPIVACAÍNA 0,5%

DOSES

TÉCNICA

RAQUIANESTESIA LOMBAR

MEDIANIA HIPERBARICA

SIMPLES

ANOTAÇÕES

X CHECK LIST NR. ANESTESIA  
+ MONITORIAÇÃO

1- ASSEPSIA + ANTISSEPSIA  
DA REGIÃO LOMBAR COM MIOB  
70%.

2- LOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL

3- INFILTRAÇÃO POR REDES  
SUPERFICIAIS E PROFUNDAS  
COM LIDO 2%.

4- PUNÇÃO COM AGULHA QUINCE  
25G, ENTÃO L3 - L4: ~~ENTÃO~~

GLICOSE

LÍQUIDOS

Cânula - Naso / Oro Faringea

Naso / Orotraqueal - Cego

Bal - Tamp - Calibre do Tubo

Sob Máscara

Difundidade Técnica

NÃO

TEMPO DE ANESTESIA

TOTAL

OPERAÇÃO

TRATAMENTO URGENTE  
DE PRATINA EXOSTA TORNOSOLA

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

Hemorragia - Anúria  
Bradi Taquicardia - Choque

ANESTESIA

DR. EDINO

CÓDIGO

CIRURGIÃO

DR.

PERDA SANGÜÍNEA

OK, INTERFERÊNCIA DE  
BUPIVACAÍNA 0,5%, 12mg,  
SEM INTERFERÊNCIAS  
3- CEFTRIAXONA 1g

Encaixei no paciente sem

RE EVASION

Edino A. A. Soares  
Médico Anestesiologista  
CRM 101111 - RBE 197



### PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Diagn. Pré-OP: \_\_\_\_\_  
Cir. Proposta: \_\_\_\_\_  
Anest. Ant: \_\_\_\_\_  
Alergia: \_\_\_\_\_  
Alcool: \_\_\_\_\_ Fumo: \_\_\_\_\_  
DROGAS: (Corticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros)  
Estado Mental: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_  
Pescoco: \_\_\_\_\_ Veias: \_\_\_\_\_  
RX: \_\_\_\_\_  
Foco: \_\_\_\_\_  
Hepatograma: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_  
Parecer Clínico: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Sangue Tipo: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_  
Hm: \_\_\_\_\_ tc: \_\_\_\_\_ ts: \_\_\_\_\_ p. Lago: \_\_\_\_\_  
z. Cong: \_\_\_\_\_ Pq: \_\_\_\_\_ Uréia: \_\_\_\_\_  
creat: \_\_\_\_\_ Glic: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ mEq/l  
Cl: \_\_\_\_\_ mEq/lk \_\_\_\_\_ mEq/lpH \_\_\_\_\_ pO2 \_\_\_\_\_  
pCO2 \_\_\_\_\_ BA \_\_\_\_\_ BB \_\_\_\_\_ BS \_\_\_\_\_ BE \_\_\_\_\_  
URINA: cl \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_ glic \_\_\_\_\_ Alb: \_\_\_\_\_  
Sedin: \_\_\_\_\_  
Ap. gen. Uri: \_\_\_\_\_  
AP. Resp: \_\_\_\_\_  
AP. Circ: \_\_\_\_\_  
AP. Digt: \_\_\_\_\_  
S. Osteo - Art: \_\_\_\_\_  
S. Nerv: \_\_\_\_\_  
S. Endoc: \_\_\_\_\_  
  
Est. Fis (ASA): \_\_\_\_\_ AN. Proposta: \_\_\_\_\_  
NB: \_\_\_\_\_

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

## PÓS-ANESTÉSICOS

### NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data 04/03/2020 Hora 8:00

Gnathypus pacificus REG. LONG  
europeo. Alentejo 79 para GT.

Assinatura

Data \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

$$\begin{array}{r} 22 \\ 1000 \\ 269 \\ 305 \\ .000 \\ 193 \\ 170 \\ 48 \\ \hline 75 \end{array}$$





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

26 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Luiz Felipe noqueira Reis			01/10/2020

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
TTº Cirúrgico de múltiplas Fraturas de pé + Fratura de Tibia + tração tras esquelética	INICIO 05:28 FIM 07:30 TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Drº Edino
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:	Drº Eversen
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
	CIRCULANTE	Elizangela M. Djanira
		Jonathan

PO DE ANESTESIA: Raqui 05:10

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		222	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml
1	PACOTES GAZE		222	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 1	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Cateter P1 02	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO Aladura 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº agulha Raqui nº 25	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM Clorixidina 100-100ml	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Típico 100-100ml	
1	Elétrico			OUTROS: álcool 100-100ml	

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

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
	Érika
	Suellen
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA
	Elizangela M. Djanira
	Jonathan

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS	VALOR
SUB- TOTAL	
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: <u>Ortopedia</u>		Procedimento Realizado: <u>Tiretossomia de múltiplas Fraturas de pé + Fratura de Tibia + tração</u>	
Nome do Paciente: <u>Kauz Felipe Noqueira Rego</u>		IDADE: <u>26 anos</u>	SEXO: F ( ) M (X)	Nº do Prontuário	Data <u>01/03/2020</u>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <u>I</u>	Circulante de Sala: <u>Elizomella - Ligeira Jonathan</u>	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

## Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ( )		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	
	<u>Fixador de 300</u>	<u>1</u>	
	<u>Fio de Kichineu 2,5</u>	<u>1</u>	
	<u>Fio de Kichineu 1,5</u>	<u>1</u>	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531  
Registro ANVISA: 10223710095

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jonathan 1º AUXILIAR: Dr. Pedro Res 1

INSTRUMENTADOR:

Empresa ( )		Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( ) ATHENA ( ) / MACON ( )	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA  
Tel.: 55(11)39494000  
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531  
Registro ANVISA: 10223710095

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2028

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Jonathan 1º AUXILIAR: Dr. Pedro Res 1

INSTRUMENTADOR:

º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

º 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: son me hqr@gmail.com



Nome: Roberto Felipe Nogueira Neto  
Data de Nascimento: 21/01/1994 Idade: 24 anos  
Setor/Leito: G-1  
Termo de Consentimento Cirúrgico: ( ) Sim (X) Não  
Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

Data: 01/03/2020

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

**INTRA-OPERATÓRIO**

**SRPA**

<b>Cirurgia Proposta:</b> <u>Proctomia</u>		<b>Entrada na Sala</b>		<b>Início da Anestesia</b>		<b>Início da Cirurgia</b>		<b>Término da Cirurgia</b>		<b>Término da Anestesia</b>															
<b>1. Informações:</b> Jejum (X) Sim ( ) Não Prótese ( ) Sim (X) Não Exames ( ) Sim (X) Não Reserva UTI (X) Sim ( ) Não PNE ( ) Sim (X) Não Alergia ( ) Sim (X) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: _____ ( ) Sim (X) Não Outros: _____		<b>Cirurgia Realizada</b> <u>Proctomia</u>		<b>Anestesia</b> <u>Proctomia</u>		<b>Posicionamento</b> <u>D.D</u>		<b>Anestesia</b> <u>Proctomia</u>		<b>Cirurgia</b> <u>Proctomia</u>															
<b>2. Chegou ao Centro Cirúrgico:</b> (X) Desambulando ( ) Consciente ( ) Com Suporte de O2 ( ) TOT ( ) Agitado <b>3. Sinais Vitais:</b> T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>120</u> bpm PA: <u>85x60</u> mmHg SAT: <u>95</u> % (X) Regular ( ) Irregular		<b>Exames na SO:</b> ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma (X) RX ( ) Gasometria ( ) Outros: _____		<b>SF 0,9%:</b> Nome: <u>Capricorn</u> Dose: <u>1g</u> SG 5%: _____ Outros: _____		<b>CH:</b> <u>CH</u> Plasmã: _____ Plaquetas: _____		<b>Anatomia Patológica:</b> (X) Não ( ) Sim N° Peças: _____ ( ) Cultura ( ) Outros: _____		<b>1. Sonda</b> <u>Proctomia</u> <b>2. Curativo</b> <b>3. Dreno</b> <b>4. Acesso venoso</b> <b>5. Outros:</b> _____		<b>Localização</b> 													
<b>4. Anotações (Admissão do Paciente):</b> <u>Proctomia</u>		<b>Legenda:</b> 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Vendolise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT ( ) Não ( ) Sim N° _____ 12. SVD ( ) Não ( ) Sim N° _____ 13. Outros: _____		<b>Sinais Vitais: Saída da SO</b> T: <u>38,5</u> °C R: <u>93</u> rpm PA: <u>85x58</u> mmHg SAT: <u>93</u> % (X) Regular ( ) Irregular Destino: ( ) SRPA ( ) UTI ( ) outros: _____		<b>Observações:</b> 2 h Observações: _____		<b>Sinais Vitais</b> Horário: <u>07:30</u> T: <u>38,5</u> FC: <u>94</u> PA: <u>85</u> SPO2: <u>97</u> ALDRE-TE: _____ DOR: <u>0/10</u>																	
<b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Entrada</th> <th>SNG/Volume</th> <th>Dreno/Qual</th> <th>Hora</th> <th>SVD/Aspecto</th> <th>Dreno/Qual</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="height: 100px;">           (Conteúdo da tabela de anotações)         </td> </tr> </tbody> </table>												Entrada	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros	(Conteúdo da tabela de anotações)						
Entrada	SNG/Volume	Dreno/Qual	Hora	SVD/Aspecto	Dreno/Qual	Outros																			
(Conteúdo da tabela de anotações)																									

ORTOGIRURGIA E COL. LTDA  
R. SANTO ANTONIO, 100  
FUNDOS LAY FIX C/ BARRA 800  
Rm 310/02  
Bairro ANVISA, 10223-10095





Unidade de  
Enfermeira  
254-15AIRR  
COREN

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

Enfermeiro (a):

Hora: 04:50

Data: 01/03/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	RPA
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção ( edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) <input checked="" type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	05:10
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
<input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda Controle da dor e promover conforto	<input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar <input checked="" type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náusea	<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
<input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	04:50
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

04:50 Paciente admitida em SOI para ressecção de TNO Cirúrgico de Fim de  
de Pulso + Fim de vida, submetido a ressecção de TNO Cirúrgico de Fim de  
de Fim de vida, submetido a ressecção de TNO Cirúrgico de Fim de vida.

Assinatura A. da Silva  
Enfermeira  
Residência Enfermeira  
254-15AIRR  
COREN



# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

## ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Luiz Felipe Magalhães Reis  
Responsável Cirurgião Ematol

## ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

## RISCO CIRÚRGICO

- ( ) Aplica ☒ Não se Aplica Ematol

## SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

## VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

## OXIMETRO 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 SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não  
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos  
De WMS 20 23

Data 01/02/2023 Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: 16:00

## ANTES DA INCISÃO

Anestesista Edmar

## PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

## CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

## EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

## REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como 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: Captação Hora: 16:00

## 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

- ( ) Sim ☒ Não




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

Érika Weruska A. da Silva  
Enfermeira  
COREN 254.154/RR

Assinatura e Carimbo



106-3 RCP

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>							
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		Luis Felipe Viana					
AGNÓSTICO		Fx exposta FX e FX na (1) Fx km (2)					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE		LEITO		DATA	01/05/90		

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Mantém
3	SF 0,9% 500ML EV <del>SND</del> 12/12h	18:00 - 22:00
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12:00 - 18:00 - 22:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	10/12h (1mg 0,1ml)
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	NTF
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	NTF
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12:00 - 18:00 - 22:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12:00 - 22:00
13	SSVV + CCGG 6/6 H	12:00 - 22:00
14	CURATIVO DIÁRIO	12:00 - 22:00
15	Mefenamicol: 500mg EV 12/12h	12:00 - 22:00
16	Clindamicina 240mg EV 6/6h	12:00 - 22:00
17	Oxibutirina 100mg EV 6/6h	12:00 - 22:00
18		12:00 - 22:00
19	Tramadol 250mg + SF 0,9% 250ml EV 8/8h	12:00 - 22:00
20	Tramadol 250mg + SF 0,9% 250ml EV 8/8h	12:00 - 22:00
21	TRAMAL 100mg + SF 0,9% 100ml (5) 6/6h	12:00 - 22:00
22	AD Bloco S6 800A	12:00 - 22:00

(23) - DIA 26 PAM 5m (50) ADOJA 160mg  
 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  
 (24) MORFINA 10mg + AD: 9ml - FAZEA SML ADOJA 160

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

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	162/93	114	-

06 149/91 97 -

Dr. Pedro de S. F. ...  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 2028

MEDICO RESIDENTE  
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

18:00  
 PA: 148/72  
 FC: 128  
 LAU: 500ml



01 03 2020  
 Luis Felipe Nogueira Rego  
 CH 0114200428030  
 A

274 ml.  
 +  
 +

9:00	35,5	75x47	122	24
9:15	35,7	101x61	107	19
10:24	35,7	115x86	128	20

Jessica C.

Isabel Filizzola  
 Enfermeira  
 COREN-RR 56.784-ENF

01 03 2020  
 Luis Felipe Nogueira Rego  
 CH 0114200428071  
 A

+  
 +

10:50	35,8	103x63	119	16
11:05	35,7	120x63	121	20
12:36	35,8	141x88	117	20

Jessica C.  
 Guilherme Ribeiro

Vacinas

01/03/2020 16:20

Resumo crescimento melhora de metabolismo energético  
 Pts 108.

Amplitude - a amplitude, melhora, aumento, melhora  
 mais. pulso radiais aumentado pulso TP 34.  
 por a gradiente tensões - 1/3 distal do p.  
 Substância lab. subcutânea CP4

100 Vieira  
 100 Vieira  
 100 Vieira



106-3



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNA E PÉ DIREITO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO	106-3	DATA	02/03/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Monte
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				18:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10:22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				18:24:06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN 24
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				18:24
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
13	CURATIVO				Antima
14	SSVV + CCGG 6/6H				Antima
15					
16					
<p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b>; 251-300: <b>4UI</b>; 301-350: <b>6UI</b>; 351-400: <b>8UI</b>; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,  
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,,  
FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM  
QUEIXAS ÁLGICAS.

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO,  
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES  
FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR  
EXTERNO EM MID

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	140 x 80	95	19	36.7°C	
18 H	116 x 94	90		36.3°C	
24 H	140 x 90	105	-	36.8°C	

As 12:00h Paciente no leito, Afidô Tardes → 3500  
SSVV, segue sem queixas nos ADM → C. P. M  
cuidados da equipe de enfermagem cuidados gerais feito

Enfermeira P. Mender  
de Enfermagem  
CRM-RR 652.333-TE

Geuzilene Melo da Souza  
COREN-RR 292.369-TE



106-3



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNA E PÉ DIREITO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO	106-3	DATA	03/03/2020	
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
5	GENTAMICINA 240MG EV 1X DIA				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 12/12H				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/90	73	19	36,5°C
18 H	150/95	110		36°C
24 H	141/81	112		36°C

06h  
deixo 150 mg/dl

18:00h: Pain medicação 01-11  
SVM multiplicadas

Juliana Almeida da Silva  
Téc. Enfermagem  
COREN-PA 033.042 - TF



UBS: As 12:00 da dia 03/03/20, o paciente no leito medicado com  
18m intercorrência e brônquitos no leito e não quis brincar  
lencel e segue as unidades da enfermagem. foram - 11

José de Souza Filho  
Assessor de Enfermagem  
COFEN-PP 000451072



Luís Felipe Nepomuceno Rêgo

03.03.2020 — Glacat 106-3

Paciente com múltiplas fraturas, em  
tratamento pH Ortopedia.

Re: ① : sutura com pontos  
maiores em definição do leito imprimindo na  
face dorsal. Não foi visto de nervos  
definidos e os dedos estão bem vasculari-  
zados.

→ amputação limpa e dorso  
deformado do membro de  
pontos maiores



Dr. Sérgio Brito  
Cirurgia Vascular  
CRM-RR 766



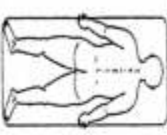







# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – <b>HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Luiz Felipe Nogueira Reis</u>	Leito: <u>106.3</u>	Data: <u>03/03/2020</u>	

Localização	 	Região: <u>MiM</u> Grau: I ( ) II ( <u>X</u> )	 	Região: <u>MiM</u> Grau: I ( ) II ( <u>X</u> )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tracão</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE			
Observações:	Etscleria Carvalho Cortado Garante de Enfermagem Treinadora em Feridas COREN-RR 468.579-ENF			



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leito:

Leito: 106-3

Data: 03/03/2020

Localização			Região: <u>Mid</u>		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>44</u> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE
Observações:	_____ _____ _____				





GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNA E PÉ DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		103-3	DATA	04/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				Manter
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				~DF 12/18 24/96
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10/93
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				12/18 24/96
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12/18 24/96
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				06
13	CURATIVO				Realizar
14	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DR AGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	115x90	94	—	36.6C	
12 H	131x84	707	—	36.6C	
18 H	136x83	106	—	36.6C	
24 H	160x84	104	—	37.2C	

Quase 6h 100ml

6h Verificado SSVV; administrado medicação

Naides A. Oliveira  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 903.896 TF



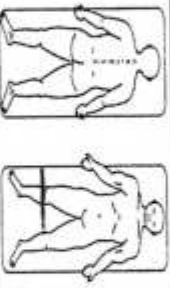
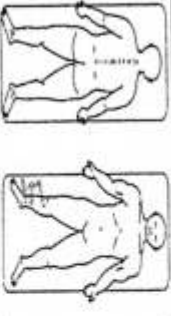
Plants notation 04/03/2020  
Reacts under + SSV  
+ also on GP 1



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: Luiz Felipe Nogueira	Leito: 106.3	Data: 04/03/2020		

Localização		Região: perna direita Grau: I ( ) II ( )		Região: perna direita Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>01</u> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input checked="" type="checkbox"/> Seco			
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>exposta</u>			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE Ass. Camila da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 504.622 Selma Paula F. da Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 504.622			
Observações:	Descrição da evolução: <u>melhorado</u> Descrição da evolução: <u>melhorado</u> Descrição da evolução: <u>melhorado</u>			



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

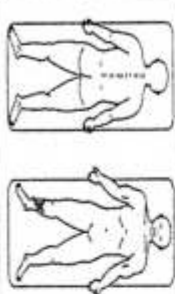
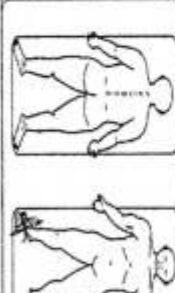
Luiz Felipe Nozigue Reso

Leito:

100.2

Data:

04/03/2020

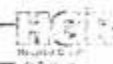
Localização		Região: <u>perna direita</u> Grau: I ( ) II ( <u>X</u> )		Região: <u>pe direito</u> Grau: I ( <u>X</u> ) II ( <u>X</u> )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <u>X</u> ) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( <u>X</u> ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <u>X</u> ) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: <u>Fio de Kachena</u>	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( <u>X</u> ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <u>X</u> ) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( <u>X</u> ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( <u>X</u> ) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <u>X</u> ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <u>X</u> ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <u>X</u> ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( <u>X</u> ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: <u>edema</u> <u>moderado</u>	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( <u>X</u> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <u>X</u> ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: <u>Quilome</u> <u>traxa</u>	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <u>X</u> ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <u>X</u> ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( <u>X</u> ) Úmido ( ) Seco	( <u>X</u> ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( <u>X</u> ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( <u>X</u> ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <u>X</u> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <u>X</u> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <u>X</u> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( <u>X</u> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <u>X</u> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário <u>manha</u> ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário <u>manha</u> ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário <u>manha</u> ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário <u>manha</u> ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE
Observações:	<u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u>	<u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u>	<u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u>	<u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u> <u>Discrepância entre o que foi registrado e o que realmente ocorreu.</u>



106-3

GOV. RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO	
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNA E PÉ DIREITO	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	18:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	18:00
4	<del>CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H</del>	18:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN	18:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	18:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR	SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	<del>DIPIRONA 1G EV 12/12H</del>	18:00
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	18:00
13	CURATIVO	18:00
14	SSVV + CCGG 6/6H	18:00
15		
16		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTEOSINTESE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ.

06 PM PP = 325/74 FC = 95 T =

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	106/60	68		36.6
18 H	152/81	102		37.5
24 H	138/79	93		37.2

DR AUGUSTO CAVALCANTE  
CRM-RR  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Luciene A. L...  
Téc. em Enfermagem  
MPE-RR 856.340 TT

12h. medicado c.p.m. qd-  
nido SSVV, repa as  
enfermagem.

Joqueline Pereira de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54597-TE

Adm. medicações cpm. paciente  
queixa-se de dor adm. med. dipi-  
rona 2 ml ev. Também diz que não  
consegue dormir nem durante o dia  
e noite. Inquieto. queixa-se de dor  
na perna e pé direito.



U3

-19h  
Paciente  
Afecção

medicada  
SSVUS

Eldora Nilma de Souza R. P. 1960  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 361219-AUX



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

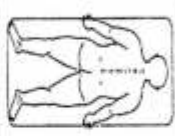

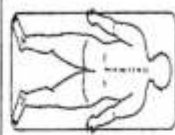

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: *LUÍZ FELIPE NOGUEIRA*

Leito: *406-3*

Data: *05/03/2020*

Localização	 	Região: <i>MID</i>	 	Região: _____
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: <i>X</i> Tração <i>X</i> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: <i>I</i> <i>II</i> <i>III</i> <i>IV</i>	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <i>___</i> Tração <i>___</i> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro: _____	Grau: <i>I</i> ( ) <i>II</i> ( )
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: _____
Pele Perilesional	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: _____	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Quantidade de Exsudato	( ) Solução de Limpeza (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____	( ) Solução de Limpeza ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: _____
Cobertura primária	(X) Diário ( ) 12/12 ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<p><i>Bruno S. Pereira</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 406-100</p> <p><i>Marcelo de Brito N. Viana</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 406-100</p> <p><i>Rosângela P. Nunes</i> Téc. em Enfermagem COREN-RR 778.677</p> <p><i>Bisliana Cordeiro Galvão</i> Enfermeira COREN-RR 12984.579</p>			
Observações:	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

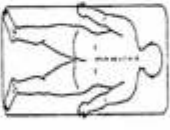



Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leuz Felipe Moqueena Rayo

Leito: 806-3

Data: 06/03/20

Localização	 	Região: <u>M.I. D (pe)</u> Grau: I ( ) II (X)	 	Região: <u>M.I. D (punho)</u> Grau: I ( ) II (X) 03
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>Q1</u> Tracção <u>Q1</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:		
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ( ) Normal (X) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor (X) Outro: <u>equimose</u>	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		
Pele Perilesional	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:		
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Renata Sônia Cordeiro</u> Enfermeira COREN-RR 172 <u>Flávia Camillo Góes</u> Enfermeira COREN-RR 579	<u>Renata Sônia Cordeiro</u> Enfermeira COREN-RR 172 <u>Flávia Camillo Góes</u> Enfermeira COREN-RR 579		
Observações:				



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

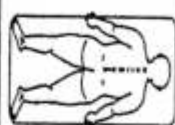



Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leito:

106-3  
Paulo Felipe Joazeiro Neto

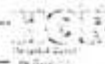
Data: 06/03/20

Localização	 	Região: M.I. D (perna)	 	Região: M.I. D
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II (X) III ( ) IV	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II (X) III ( ) IV
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca (X) Eritema / Rubor (X) Outro: Equimose	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<p>Marica de Brito N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Roberta Magalhães Enfermeira COREN-RR 629.100</p>	<p>Marica de Brito N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Roberta Magalhães Enfermeira COREN-RR 629.100</p>	<p>Marica de Brito N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Roberta Magalhães Enfermeira COREN-RR 629.100</p>	<p>Marica de Brito N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Joana Dore Pinna Loureiro Enfermeira COREN-RR 030.459.579</p> <p>Roberta Magalhães Enfermeira COREN-RR 629.100</p>
Observações:				



106-3


 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Secretaria de Saúde de Roraima

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


DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNA E PÉ DIREITO					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		106-3	DATA	08/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				12h
2	AVP				
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h
4	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				12h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12h
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				12h
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
11					
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				12h
13	CURATIVO				12h
14	SSVV + CCGG 6/6H				12h
15	DESMAME DE SVD				12h
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTEOSSINTESE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	150/90	93	35	
24 H	140/90	98	36	

06/4/2020 | 90 | 36

36

 Dr. Anderson P. Silva  
 Médico  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RR 1733 RQE 676





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

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  
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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

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

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

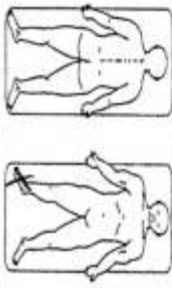
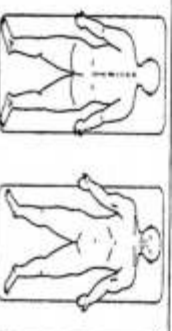
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leito: Leito 186-3

Data: 08/03/2020

0

Localização		Região: <u>M.I. D (per)</u> Grau: I ( ) II (X)		Região: <u>M.I. D (fixador)</u> Grau: I (X) II (X)
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: <u>—</u> Tração <u>—</u> Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: <u>—</u> Tração <u>01</u> Fixador Externo (X) ortopedia ( ) Outro:		
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros <u>—</u>	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros <u>—</u>		
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:		
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:		
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado (X) Úmido — ( ) Seco		
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<u>Ricardo Miguel Dourado</u> Enfermeiro COREN-RR 440.701	<u>Elisiele Carmelha Gontijo</u> Enfermeiro COREN-RR 440.701		
Observações:	<u>Elisiele Carmelha Gontijo</u> Gerente da Unidade Tratamento de Feridas Coron-RR 468.579-ENF	<u>Elisiele Carmelha Gontijo</u> Gerente da Unidade Tratamento de Feridas Coron-RR 468.579-ENF		



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR, PERNA E PÉ DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				5:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				13:30
4	CEFTRIAXONA 1G EV DE 12/12H				13:30
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				13:30
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				06
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				06
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				06
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				06
11	ao hc				06
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				06
13	CURATIVO				06
14	SSVV + CCGG 6/6H				06
15	DESMAME DE SVD				06
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				06

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BÉG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM MID, LESÃO EXTENSA EM PÉ DIREITO, AGUARDA RESOLUÇÃO DO QUADRO. OSTEOSINTESE DE FEMUR PROGRAMADA PARA DIA 6/4/2020 PELA MANHÃ. TRANSFIRI PACIENTE AO HC

## SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	146x87	99		36,5
18 H	137x78	100	-	35,6
24 H				

DR AUGUSTO CAVALCANTE  
CRM-RR  
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

12 cab. (polm. amarelado) C.P. n.  
circuito rtr 3. não tem no pulm  
som. rarificados  
obs: Paciente foi transferido p/ HC

Reina J. Almeida de S. Campos  
Téc. Enfermagem  
CORRIGIR 010.010.176

18664 medi  
do Co.P.M. UG  
item 03, per  
farmacia n.  
disponibilizar  
item 05 de  
relatório de





Acanado

108-3

# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Elisângela F. de Nogueira Rego CPF nº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 09 de Outubro de 20 20.

Assinatura do paciente: Elisângela F. de Nogueira Rego

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





106-2

106-3

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 31/3/2012  
PACIENTE: Felipe F. R. R. R. DN: 31/10/1984  
DIAGNÓSTICOS: poliomielite aguda, síndrome de Guillain-Barré

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: (B2)

2- PACIENTE: ( ) ACAMADO ( ) DEAMBULA ( ) O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ( ) VIA ORAL ( ) SNE ( ) OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? ( ) SIM ( ) NÃO  
( ) AGUARDANDO

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: \_\_\_\_\_  
PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ SATO2: \_\_\_\_\_

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:  
Clonazepam + ATB + sintomático

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
paciente com evolução satisfatória  
para alta 6/4/2012

Boa Vista, 3 de março de 20 12. Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE. CRM \_\_\_\_\_  
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:  
( ) HC ( ) HLI ( ) HMI ( ) OUTRO \_\_\_\_\_

Augusto Cavalcante  
Médico  
CRM RR 1264



167



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação/Reclassificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

2001231269 16/03/2020 16:53:25 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 175

Paciente **LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO** Data Nascimento **21/01/1994** Idade **26 A 1 M 26 D** CNS CPF Prontuário  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **M** Estado Civil **PARDA** Raça/Cor **BOA VISTA - RR** Nacionalidade **BRASILEIRA**  
Mãe **ANAIDE NOGUEIRA REGO** Pai **NI** Contato **(95) 99102-0009**  
Endereço **RUA - ARARICUERA - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR** Ocupação

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
Motivo do Atendimento **SPA - PRONTO ATENDIM** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Setor **PRONTO ATENDIMENTO** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **DAIANA.KELLE**

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

## Anamnese de Enfermagem

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

Paciente encaminhado de HC para atendimento em PE

## Exame Físico

Class.

## Hipótese Diagnóstica

## SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Indicação para cirurgia		
João de Deus		
Don Silva Martins		
Médico		
CRM-RR: 2038		
RESIDENTE		

## Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revella  
☐ Transferência para: **urgência**

☐ 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

Impresso por: daiana.kelle  
Data Hora: 16/03/2020 16:54:08



2001231269





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  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00178880

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/01/1994

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ANAIDE NOGUEIRA REGO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: ARARICUERA - SN - - SAO VICENTE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

140010

18 - UF

RR

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

980016282732587

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/04/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)



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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[illegible]





## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Luís Felipe Nogueira Bez  
Responsável Cirurgia Delson

#### 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

☐ OXÍMETRO 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 SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☐ Não  
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Admair

#### PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente  
☐ Sítio cirúrgico  
☐ Procedimento

#### EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como 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 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

- ☐ 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 \_\_\_\_\_





GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		NIS TEUPE NOBUENA RIBEIRO	
DIAGNÓSTICO		FX EXP TÊMURZ + OSSOS PERNA + PÉ @	
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	
ITEM	HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE	SND	
2	AVP	SND	
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	SND	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	SND	
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SND	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II	SND	
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SND	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SND	
9	TILATIL 20MG EV 12/12H	SND	
10	Hydrocortisona 500mg EV 1x Ao dia	SND	
11	Chexane 40mg SC 1x dia	SND	
12	SSVV + CCGG 6/6H	SND	
13	AO HOSPITAL RETAGUAMIA		
14	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 <sup>o</sup> DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS...

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140x90	103	-	37.2
18 H				
24 H				

Don Martins  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2038

11.500 EXTR: 110mg/pp





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA	EVOLUÇÃO
--------------	----------

12:13 H

06/09/2020

EVOLUÇÃO

Paciente Lit e folio Naurua Arzo (264)

DN: 21/01/1994

DX FRAT. Fourn D

Paciente com diagnóstico de FRAT. DE  
Fourn (D) com glândulas crônicas, TAV  
traumatismo crônico devido a uma  
do tempo hábil.

Resaltamos ainda falta de atenção de  
simons e de um cirurgião ortopédico.

**Bruno Vieira**  
CRM 1231 RR  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_





Bloco 5 - Alameda

Acumado

# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

HC

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Mrs FELIX MOURA RIBEIRO CPF nº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 06 de ABRIL de 2020.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, 06 de 04 de 2020. Hora: 14:10

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1904 / 22



HGR: B2 - E-34

342  
HC

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO**  
**RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL**  
**GERAL DE RORAIMA/HGR**

DATA: 5/4/2020  
 PACIENTE: Luis Felipe Menezes Rêgo DN: / /  
 DIAGNÓSTICO(S): Fratura exposta fêmur + ossos da perna

DIH: / /

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl:

HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com amputação de membro  
 para o dia 06/04 pela manhã

Boa Vista, 05 de 04 de 2020. Hora: 10:00

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM-RR 19118

CRM 19118

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

Dr. Alvaro Tábilo Portes

CRM-SP 240908

CRM-RR 749

CRM 749

Exames em  
 mãos



NIR

50

Transf. 1710312030

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 DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

NIR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM FX EXPOSTA FÊMUR +  
OSSO FÊMUR + LESÃO NECRÓTICA.

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICADORAS DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FX EXPOSTA FÊMUR @

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAMADA EMPRESA

41 - CDD

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

AFA

OF



Luiz Felipe Nogueira Rego

PA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO</b>					
AGNÓSTICO <b>FX EXPOSTA FEMUR (D) + OSSOS PERNA + PÉ D + NECROSE</b>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	
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 <b>SN 10/10 20/15</b>				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				20 - 02
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 <b>10/10 20/15</b>				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<b>CHEXANE 40mg SC 2x ao dia</b>				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Silva Martins  
Médico  
CRM-RR: 2038  
RESIDENTE

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H				
24 H	120x80	86		36,5°C

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06:00 hrs  
150x80  
93  
36,6°C

Coelho  
Enfermagem

Edson de Almeida Silva  
Técnico de Enfermagem  
CRM-RR 008.524.648

16:45  
PA 120x90  
FC 106  
T- 36,6



BE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	LUIZ FELIPE NOGUEIRA, REGO.				
AGNÓSTICO	FRATURA exposta fêmur D / OSSOS PERNA / NEUROSE.				
ALERGIAS	Ø	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	17/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SIN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>1g W 6/6H - SIN</i>				SIN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				OG
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SIN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SIN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSÃO
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SIN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				OG 14 30 02
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				OG
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SIN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	Clexane 40mg SC 1x/dia.				OG
16					
17					
18					
19					
20					
21					
AO HC					

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

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

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*Dr. Elder Soares*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1828/RR





# HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Que Felipe Nogueira Rego CPF nº \_\_\_\_\_

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

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 17 de março de 20 20.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



**HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO**

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL  
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 16/05/2016  
PACIENTE: Mrs. Denise Woodard DN: 111  
DIAGNÓSTICO(S):

DIAGNÓSTICO(S): 72 ETP. fessura + ossos maxila + 1072  
 DIH: 1/1/1 Dieta: cl de novo m  
 KANBAM: 1/1/1  
 EXAMES ADICIONAIS (DATA): 1/1/1

KANBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_ *q n*  
EXAMES ADMISSIOAIS (DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_): Hb: \_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_

Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_  
HCO<sup>3-</sup>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sup>2-</sup>: \_\_\_\_\_ PCO<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

EAS: \_\_\_\_\_ DE: \_\_\_\_\_ PO: \_\_\_\_\_ PCO: \_\_\_\_\_  
CULTURAS ( / / ): \_\_\_\_\_

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 14/11/2011): Hb: 12,5 Ht: 1,60 Ur: 10 Cr: 0,8  
Leuc: 10.000 Seg: 10 Plaquetas: 150.000 Na: 135 K: 3,5 Ca: 9,5  
Cl: 100 HCO<sub>3</sub>: 22 PH: 7,38 BE: -2 PO<sub>2</sub>: 80 PCO<sub>2</sub>: 38

EAS \_\_\_\_\_  
IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

**EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:**

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

# Analysis of test Neurons

Boa Vista, 16 de 03 de 2012. Hora: 12

CRM \_\_\_\_\_ /

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

**Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR**

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 944 PP



D



LUIS FELIPE NOGUEIRA

4418

HOSPITAL CORONEL MOTA

25/06/2020

Alex

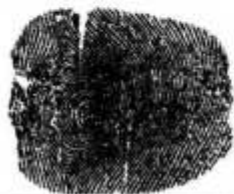
58 6 16



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GDEJO CRUZ



Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

239717

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

13/10/2016

NOME

**WILLIAM GONÇALVES FRANCO**

FILIAÇÃO

**GERALDO ROCHA FRANCO**

**MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO**

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

**SANTA INÊS - MA**

**09/12/1978**

DOC. ORDEM

**CERTD CAS 10492 FLS 292 LIV B-35**

**2 OF BOA VISTA - RR**

**825.396.343-20**

**AMADEU ROCHA TRIANI**

**2 VIA**

Perito Papiloscópico do Polícia Civil  
Diretor de Ident.

LEI Nº 7 118 DE 29/08/83



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200255457 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO **Data do acidente:** 29/02/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA E PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO + HASTE INTRAMEDULAR + FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P3 P4 P8 P22 P50)

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0201225/20

**Vítima:** LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

**CPF:** 017.115.952-76

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 29/02/2020

**Titular do CPF:** LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

### LUIS FELIPE NOGUEIRA REGO : 017.115.952-76

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/07/2020  
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO  
CPF: 825.396.343-20

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE :

NOME: Luiz Felipe Nogueira Rego  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: autônomo RG: 356710-9  
CPF: 017.115.952-76 ENDEREÇO: R. Jorge Dias Carmeiro  
BAIRRO: Alvorada CIDADE: Bom Jesus  
CEP: 69.317-932

VÍTIMA: Luiz Felipe Nogueira Rego  
CPF: 017.115.952-76 DATA DO ACIDENTE:                       
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

### OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE: Brasileiro  
ESTADO CIVIL: casado  
PROFISSÃO: autônomo  
Nº DO RG: 239117 ÓRGÃO EMISSOR: SSP-RR  
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16  
Nº CPF: 825.396.343-20  
ENDEREÇO: Rua C.A. 14, 294, Laura 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 trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Bom Jesus, 07 de junho de 2020

Luiz Felipe Nogueira Rego  
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.