

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2908887020201116172045

Processo 0827229-55.2020.8.23.0010 - (24 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação em aberto marcada para 29 de janeiro de 2021 às 09:00:00

Intimações aguardando cumprimento: Ver Intimação Evento de 04/11/2020 - Prazo: 17/11/2020 à 24/11/2020 (5 dias): PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE Cumprir Prazo

[Informações Gerais](#) [Informações Adicionais](#) [Partes](#) [Movimentações](#) [Apensamentos \(0\)](#) [Vínculos \(0\)](#)

Realces

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

Filtros

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

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<input type="checkbox"/> 12	16/11/2020 17:20:45	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		12.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2763843CONTESTACAO01.pdf	Público
		12.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2763843CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf	Público
		LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 16/11/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<input type="checkbox"/> 10	16/11/2020 11:49:31	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária
		LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 16/11/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/10/2020) e ao evento de expedição seq. 8.	SISTEMA CNJ
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (26/10/2020)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária
		AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA (Agendada para: 29 de janeiro de 2021 às 09:00, em 2ª Vara Cível)	ROSELY FIGUEIREDO DA SILVA Analista Judiciária
<input type="checkbox"/> 6	26/10/2020 12:45:03	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE	ANGELO AUGUSTO GRAÇA MENDES Magistrado
		CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
		RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
		REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
		DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 2ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/> 1	22/10/2020 19:33:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	JOSE HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS Advogado



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

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200080563

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 23/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELILDE ALVES DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15536843





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

449.519.732-00

4 - Nome completo da vítima:

Elilde Alves dos Santos

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

5 - Nome completo:

Elilde Alves dos Santos

6 - CPF:

449.519.732-00

7 - Profissão:

VIGILANTE

8 - Endereço:

RUA - S-33

9 - Número:

3474

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SENADOR Heitor Campos

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.336-606

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel.(DDD):

95188122-7634

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: BANCO ITAÚ

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 8526

CONTA: 37603

(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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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 vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA/RR 37/02/2020

Elilde Alves dos Santos

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

071070



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 20/12/2019 11:07 Data/Hora Fim: 20/12/2019 11:19
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM serie J nº 811341 Data: 23/11/2019
Delegado de Policia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 23/11/2019 20:45 (Data Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rua. Cezar Nogueira Junior Cruzamento c/ Rua Prof. Helcio Carlos
Complemento: via pública
Ponto de Referência: cruzamento
Tipo do Local: Via Pública

Bairro: Santa Luzia
Nº: cruzamento

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELILDE ALVES DOS SANTOS (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 47

Profissão: Vigilante

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 449.519.732-00

RG - Carteira de Identidade: 2613183

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua. S-33

Nº: 1474

Bairro: SENADOR Hélio Campos

Telefone: (95) 99112-7299 (Celular)

Nome Civil: ANA LUCIA DE DE ALVES DE OLIVEIRA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 40

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua. S-33

Nº: 1474

Bairro: Senador Hélio Campos

Telefone: (95) 99112-7299 (Celular)

Nome Civil: MYCAELA ROCHA DE SOUZA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 22

Profissão: Estudante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 031.882.082-00

RG - Carteira de Identidade: 492737-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 57

Leradouro: Rua. Vicente Fiqueira de Melo.

Bairro: cambará

Telefone: (95) 99184-5257 (Celular)

Nome Civil: RAIMUNDO NONATO SILVA (COMUNICANTE , PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Vargem Grande

Sexo: Masculino

Nasc: 15/09/1968

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Profissão: Operador de Máquina

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vangelina Pereira Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 357035-5

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 475.628.463-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 121

Leradouro: Rua: 05

Complemento: Casa

Bairro: Cidade Satélite

Telefone: (95) 99114-4021 (Celular)

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Everton Brasil

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 449.519.732-00

Placa NAU-6027

Renavam 01057389754

Número do Motor HC14E2F018650

Número do Chassi 9C2HC1420FR018650

Ano/Modelo Fabricação 2015/2015

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Modelo HONDA/BIZ 100 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Eilde Alves dos Santos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado (a), compareceu neta unidade de polícia a VTR-010 da CIPITUR, na data e hora as 20h45mn, para entregar um Boletim de Ocorrência de acidente de trânsito com vítima e danos Moraes, que informa que a vítima no endereço a cima citado, onde segundo informações das partes que conduzia o ´V1, pela Rua cerza nogueira júnior, sentido

Página 2 de 3



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041364/2019-A01

quando na altura do cruzamento com Rua Professor Hélio Carlos colidiu Frontal com a porção Lateral do ôV2, que trafegava no endereço supracitado sentido > Rua N11, a item ô03, estava na condição de Passageira do item ô01, (Elilde) e A item ô03, (Ana Lucia) foram conduzida até ao PSE ambas com escoriações pelo Corpo e provavelmente fratura de Fêmur, na perna Esquerda do item ô01, (ELILDE), que a item ô2, se queixava de dores no Tórax, foram todos removido ao PSE, por Familiares, a Perícia este no local e se presente o perito Jacy, o V1 foi liberado ao senhor Higor Alves dos Santos, portador da CNH nº 07196471008, e o ôV-2, também foi liberado no local ao Sr. Ambrósio Pereira de Sousa. Portador da CNH nº 00821645205 não houve procedimento Administrativos. Eram o que tem a relatar.

O COMUNICANTE SENHOR RAIMUNDO QUE É PROCURADOR (CÓPIA ANEXA), DA VÍTIMA ELILDE COMPARECEU NESTA DELEGACIA, PARA ADITAR ESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT, O QUE FOI FEITO ACIMA. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

Raimundo Nonato Silva
(Comunicante / Procurador)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 309-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PMRR-CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº
811341

Vtr	SUCP	Data	S/Sector	H/Transit	H/Ini	CH/H	H/Fim
CIPTUR 010	CIPTUR	23/11/19	OESTE	13:10	13:10	13:20	15:30
Cód. Oc.	Cód. Prov.		Cód. Ser. Prest.		Km/Ini.		Km/Fim
1001/1003	13999/10006		XXXXXX		2802		2815

LOCAL DE OCORRÊNCIA

RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR CRUZAMENTO
LOCAL: COM RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS Barro: SANTA LUZIA Refe.: CRUZAMENTO

PESSOAS RELACIONADAS

1 EN VOLVIDO Nome: ELILDE ALVES DOS SANTOS Idade: 47 E CIVIL CASADO
Endereço: RUA S33, Nº 1474, BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS
Edt. R.G 2613183-PA CNH 04047472880 PROF. VIGILANTE
CPF 44951973200 TEL 991127299

2 ENVOLVIDO Nome: MYCAELA ROCHA DE SOUZA Idade: 22 E Civil: SOLTEIRA
Endereço: RUA VICENTE FIGUEIRA DE MELO, Nº 57, BAIRRO: CAMBARA
Edt. R.G 4297377-RR CNH 06741905732 Profissão: ESTUDANTE
CPF 03188208200 TEL 991845257

3 PASSAGEIRA Nome: ANA LUCIA ALVES DE OLIVEIRA Idade: 40 E CIVIL: CASADA
Endereço: RUA S33 Nº 1474, BAIRRO: SENADOR HELIO CAMPOS
Edt. R.G 189529-RR CNH XXXXXXXXXXXXXXXX Profissão: XXXXXXXXXXXXXXXX
CPF XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX TEL 991127299



VEICULOS ENVOLVIDOS E DANOS

V1 HONDA/BIZ DE COR PRETA E PLACA NAU-6027 DANOS CONFORME PERICIA.
V2 CHEVROLET/COBALT DE COR VERDE E PLACA NOL-7462 DANOS CONFORME PERICIA.

MATERIAIS APREENDIDOS

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): Não houve conduzidos e/ou apreendidos.

ASSINATURA CARGO LOCAL

Senhor (a) Delegado (a).

HISTÓRICO

FOMOS ACONTRADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, ONDE SEGUNDO INFORMAÇÕES DOS ITENS 01 E 02, O SRº ELILDE ALVES DOS SANTOS (ITEM 01), CONDUZIA O "V1" PELA RUA CEZAR NOGUEIRA JUNIOR, SENTIDO BAIRRO>CENTRO, QUANDO NA ALTURA DO CRUZAMENTO COM RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, COLIDIU FRONTALMENTE COM A PORÇÃO LATERAL DO "V2", CONDUZIDO PELA SRº MYCAELA ROCHA DE SOUZA ITEM 02 QUE TRAFEGAVA PELA RUA PROFESSOR HELCIO CARLOS, SENTIDO> RUA N11, A ITEM 03 ESTAVA NA CONDIÇÃO DE PASSAGEIRA NO V1. AS EQUIPES DO SAMU E BOMBEIROS ESTIVERAM NO LOCAL E REMOVERAM O ITEM 01 (ELILDE) E A ITEM 03 (ANA LUCIA) ATÉ O PSE AMBOS COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E PROVAVEL FRATURA DE FEMUR NA PERNAS ESQUERDA DO ITEM 01 (ELILDE). A ITEM 02 (MYCAELA) APÓS SE QUEIXAR DE DORES NO TORAX, FOI REMOVIDA AO PSE POR FAMILIARES. INFORMO AINDA QUE NO CRUZAMENTO DO SINISTRO NÃO HÁ SINALIZAÇÃO VERTICAL NEM HORIZONTAL. A PERICIA ESTEVE NO LOCAL E SE FEZ PRESENTE O PERITO JACY. O V1 FOI LIBERADO AO SRº HIGOR ALVES DOS SANTOS PORTADOR DA CNH 07196471008 E O V2 FOI LIBERADO AO SRº AMBROSIO PEREIRA DE SOUZA PORTADOR DA CNH 16821645205. NÃO HOUVE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

EVERSON BRASIL

41.204-0

CART. REG.

SD PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOP

16/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCSE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Número do RG:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	449.519.732-00	Elilde ALVES dos SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº445/2012			
5 - Nome completo:	Elilde ALVES dos SANTOS		
6 - Profissão:	7 - Endereço:	8 - Número:	9 - Complemento:
Mulher	Rua 4	5-333	
10 - Bairro:	11 - Cidade:	12 - Estado:	13 - CEP:
Serranópolis	GOIAS	GO	68.336-606
14 - Telefone:	15 - Celular:	16 - Telefone:	17 - Celular:
26-00-5000	65-9972-7634		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
18 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Fraldas 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:			

DADOS CADASTRAIS

<p><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</p> <p><input type="checkbox"/> SLIM RENDA</p>	<p><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</p>	<p><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</p> <p><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</p>
<p>21.500/0000-BANCO ITAU</p> <p>CONTA POUPLANÇA (Fazendo parte da sua carteira de contas. Até hoje uma agência)</p> <p><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</p>		
<p>AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/></p> <p>Diferença de digito social: <input type="text"/> Diferença de digito social: <input type="text"/></p>		
<p>22. DECLARAÇÃO DE ALIENAÇÃO DE LAUDO DO IML - PRÉBENEFÍCIO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro, com as verbas de Lei, que sou autor habilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal ("IML"), para os fins de requerimento de meu seguro Direito (Lei nº 9.615/98), ou seja que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atende a regras da no dente ou da minha residência; ou • O IML que atende a regras da no dente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a regras da no dente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias ao pedido. <p>Solicito a prorrogação de análise de até 15 (quinze) dias da apresentação da regra de apresentação no Seguro DPVAT, para finalizar perito nente, caso haja na documentação médica: apresentar-se a caraterização de "laudo do IML" ou, contrário, caso já tenha submetido à análise médica previdencial, caso necessário, ao custo do Segurado. Lider para verificação da existência e quantitativo das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito que não foi velado, conforme o disposto no art. 5.284/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia certidão da morte, de invalidez, ou morte ou incapacidade no sentido de contestar a validade médica, caso</p>		

DECLARAÇÃO DE ÓNUS E BENEFÍCIOS - 2023/1

25 - Grau de Parentesco com vítima: 26 - Vítima deixou, companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou o parentesco, informar o nome e parentesco.
 28 - Víveria Sim 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 "Vivos" Não "Falecidos": Sim Não "Vivos" Não "Falecidos": Sim Não
 "pais/filhos vivos" Não "pais/filhos falecidos" Não
 "Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso decide, a indenização do Seguro CEFAC, por morte de pessoas envolvidas que se apresentarem a conviver comigo, mesmo que ameaçadas, ameaçando, de que qualquer missão ou determinação não verificada não poderá ser feita a obrigação de assumir o valor reembolsado, além da responsabilidade estabelecida por infração de artigo 280 do Código Penal".

<p>Impressão Digital em Colorido Verde Água e Lápis Branco.</p> <p>25 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>26 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)</p> <p>27 - Assinatura em quem assina o pedido (a rogo)</p>	<p>38 - 39 Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 29 Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p>
--	---

TETRA

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000017601-4

Autenticação:

F6A954C60BE548995E1CFF75D1BCDE3BE5ACD24E3B885E195776D2E80F2D88CB



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosângela Nunes Massullo inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elilde Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.519.732 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura 2 DAMS da Vítima Elilde Alves dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 449.519.732 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Manoel Felipe</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.308-170</u>
Email <u>ZANZA.MASSULLO@HOTMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(95)98122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99158-4307</u>	

Boa Vista, RR, 13 de Janeiro de 2020

Local e Data

Rosângela Nunes Massullo

Assinatura do Declarante

23'::20'0

...:: Caja de Almacenamiento 17 ::



Anexo 1

Unimed

Transfers

401-2

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

DATA DE ADMISSÃO:	DIH	DN
PACIENTE:	Edilene Alves da Costa	
AGNOSTICOS:	Inflamação e edema	
ALERGIAS:	HAS	NEGA
IDADE:	LEITO	DM2
ITEM:	PRESCRIÇÃO	
1.	DIETA ORAL LIVRE	
2.	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3.	SF 0,9% 500ML EV: S/N	
4.	DIPIRONA 500MG EV-6/6H	
5.	OMEPRAZOL 40MG EV-1X/DIA	
6.	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA S/N	
7.	NALEUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM S/N	
8.	SIMETOXINA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H	
9.	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/6H S/N	
10.	CLINDAMICINA 600MG EV BIS/H	
11.	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H	
12.	D. Augusto Coimbra Médico Responsável Ortopedista	
13.	Agendado para S/C ligadura	
14.	Fazendo exames de V.B.I.	
15.		
16.	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17.	SSAV + CCBG BIS/H	
18.	CURATIVO DIÁRIO	
19.		
20.		
21.		

**SE DIABETICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200G/50U; 200G/300U; 400G/350U; 350-400G: BUI; >400G: 10 UI E O GLUCOSE 50%
DWML GLUCOSE 50% 40 ML PV + AVISAR PLANTONISTA**

EVALUACIÓN MEDICA:
NO CONTRARIO PACIENTE DE TETANO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
TENSÍMETRICO, BEEB, AEROMÓSTICO, ANÓTERICO, AFRILL, EUPNEICO,
HORNIGUEADO, HIDRATADO.
SOLICITADO : RIS. # CONDUCIDA : MANTIDA
PROGRAMADA EN CONSULTA :
PREVISAO DE ALTA :

SINAIS VITais					
6 H	PA	FC	FR	180	
12 H					
18 H					
24 H	0200	14	20	BPC	

genus - *Hilomena*

58097 1006 461
11
20
20 50-60 mm. 18
20 Dec 1962 27-1962
Mimic Gobies *Abudefduf*
The Everglades
Florida USA

6.26 1st Community
22.00 for mbrs -

401-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/11/2019	DN	05/09/1973
PACIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS					
DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQ					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	46	LEITO	401-2	DATA	24/11/2019
ITEM				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL HIPERPROTEICA			SvD	
2	AVP			manhã	
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H			12:20/04	
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			08:20/04	
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			Sv	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA			06	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			Sv	
8	TRAMAL 100MG + SE 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			Sv	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			Sv 26	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			Sv	
11	ICURATIVO DIÁRIO			ICURATIVO	
12	SSSW + CCGG 6/6H			Alucina	
13	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			LBT	
14	SONDA VESICAL DE ALIVIO			Cidade	
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGUI AR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 16UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 99% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, LEVE SANGRAMENTO POR FO					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO NORMOCÓRADO, HIDRATADO					
# PREVISÃO: NÃO					
					
SINAIS VITais					
8 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H	103/62	119	20		
18 H	126/70	120	18		
24 H	98x65	118	20		

06 90x65 112 - 36

Evolução do Curativo

Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Flaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas -	Paciente: João Alves	Situação:	Data: 04/01/2018	
HCP	Leito: 401-2	SGR		

Localização		Região: M3-D	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>	Região:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia	(<input type="checkbox"/>) Fissura (<input type="checkbox"/>) Trauma:	(<input type="checkbox"/>) Queimadura (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vascular	(<input type="checkbox"/>) ICPP I II III IV V* (<input type="checkbox"/>) Quimioterapia (<input type="checkbox"/>) Cirurgia (<input type="checkbox"/>) DM (<input type="checkbox"/>) Vasculares	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Aparência do Leito	(<input type="checkbox"/>) Neurose: Amarela/Negra (<input type="checkbox"/>) Esfacelo (<input type="checkbox"/>) Granulação (<input type="checkbox"/>) Epitelização (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>) Trauma fechado (<input type="checkbox"/>) Drenos/ Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros	(<input type="checkbox"/>) Perda Fochada (<input type="checkbox"/>) Drenos/Sonda (<input type="checkbox"/>) Outros	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Pele Perilesional	(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>) seca (<input type="checkbox"/>) Líquena / Rubor	(<input type="checkbox"/>) Outro:	(<input type="checkbox"/>) Normal (<input type="checkbox"/>) Macerado (<input type="checkbox"/>) seca (<input type="checkbox"/>) Líquena / Rubor	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Tipo de Exsudato	(<input type="checkbox"/>) Purulento (<input type="checkbox"/>) Seroso (<input type="checkbox"/>) Sangue/ Sanguinolento (<input type="checkbox"/>) Seco	(<input type="checkbox"/>) Exsudado (<input type="checkbox"/>) Serosanguíneo (<input type="checkbox"/>) Seco	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Quantidade de Exsudato	(<input type="checkbox"/>) Molhado (<input type="checkbox"/>) Únido	(<input type="checkbox"/>) Seco	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Solução de Limpeza	(<input type="checkbox"/>) Sero Fisiológico 0,9% (<input type="checkbox"/>) Clorexidina 2% (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Cobertura primária	(<input type="checkbox"/>) Gaze (<input type="checkbox"/>) Colagenase/Fibrinase (<input type="checkbox"/>) Sulfadiazina de Prata (<input type="checkbox"/>) Hidrogel	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Troca	(<input type="checkbox"/>) 12/12	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)
Profissional que realizou procedimento:	Anderson Miguel da Silva		Assessor: Técnico de enfermagem		
Observações:	Observação: 04/01/2018				



401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
HGR
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO:	DIH	23/11/2019	DN
-------------------	-----	------------	----

PACIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E

ALERGIAS:	HAS	DM2	
-----------	-----	-----	--

IDADE:	LEITO	401-2	DATA	26/11/2019
--------	-------	-------	------	------------

ITEM		HORÁRIO
------	--	---------

1	DIETA ORAL LIVRE	SN/2
---	------------------	------

2	AVP	MONTAN
---	-----	--------

3	CITINDAMICINA 500MG EV OU VO D 6/6H	18/24/06
---	-------------------------------------	----------

4	TRALATE 20MG EV DE 12/12H	18/24/06
---	---------------------------	----------

5	DIPIRONA 1G EV OU VO 500MG VODE 6/6H	18/24/06
---	--------------------------------------	----------

6	Omeprazol 40MG EV 1X AO DIA	06/24/06
---	-----------------------------	----------

7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
---	-------------------------	--

8	TRAMAL 100MG + 5FU, 1% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II	SN
---	--	----

9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOIAS V.O 8/8 HRS S/N	
---	---	--

10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
----	---	--

11	CURATIVO DIÁRIO	DO
----	-----------------	----

12	SSAV + CEGG 6/6H	Routine
----	------------------	---------

13	CIPROFLOXACÍNO 400MG EV OU 500MG VOD DE 12/12H	18/24/06
----	--	----------

14	CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
----	----------------------------	--

15	folcias n/a Cura	
----	------------------	--

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 DMGL, GLICOSE
50% 40 ML-EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS

ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFERRII, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSQUELETICA

ESQUERDA

PRE

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964

DR AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RR 1964
RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TAx
12 H	124/68	109	18	36,9
18 H	126/74	108	19	36,3
24 H	108/62	100	19	37,3C

6:00 100X68 103 19 35,9°C





GOVERNO FEDERATIVO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
SAÚDE PÚBLICA DOS BRASILEIROS

PEÇA DE PARECER

NOME: Eduardo /f-61/ Santos
NOME: ELLEN ALVES SOUZA
IDADE: 46 REGISTRO: _____
SEXO: M ENFERMARIA: 401 HABITACAO: 02
TI: _____ EMERGÊNCIA: _____
DE: ORCINHO PAPEL: RADIOTERAPIA

Dados Clínicos:

Pacarca e fratura de fermeira

Febre 38°C pisco comunes



Willik
Data:

Risco iminente de complicação
Cimbra: concreções de fratura de fermeira
HPP: apatitite (omeprazol), nexo HPS, nexo PN, OSL?, HPP vs OAC,
nexo cimbra-pedra, nexo abcesso, lesão espongiosa e
cicatrização.
Ao exame clínico: Abn. febre
SVC = RCR, ST, BNF, S/ exatos. FC 120-130 mmHg. Pt. torpe
AR: NUV, sibilis.
PDP: gastos, temperatura 4 dias s/ vacuar
Mmrt: N/ exames
Ex: ^{sangue} D-dímero elevada / dupla. Dímero infecção apesar de óptima
ECG (23/11) = Tiques cardíacos sinusais, FC 74 bpm. BEQ (diminuto 2.6x1.4)
RXT (23/11) = S/ CT líquido pleural.
Lab (23/11) = BUN: 37.962 / 146128 / Hb: 37.5% PLT: 41.59 / G: 168 / IN 29 / LM: 0.77

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F					
Delet:	20	Enfermagem:	Leito:		
Nome Completo: _____ DN: _____ / _____					
Histórico Clínico:					
Presença: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Pausão: <input type="checkbox"/>	Contato: <input type="checkbox"/>	Sociais - Socorro: <input type="checkbox"/>	Gestante paraigosos: <input type="checkbox"/>	
Alergias: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Colar: <input type="checkbox"/>		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M		
Paciente Injujena: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Necessidade de Interprete: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual idioma: _____		
Festivais/Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Otico: _____				
Consultação: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Outra orientação: _____					
SISTEMA NEUROLOGICO					
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Desconsciente <input type="checkbox"/> Sem respostas	<input type="checkbox"/> Deparcentado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não responde	<input type="checkbox"/> Agudo <input type="checkbox"/> Crônico	<input type="checkbox"/> Alterações: _____		
REGULAÇÃO HUMORAL					
Hipersecretante: <input type="checkbox"/> Melódicas <input checked="" type="checkbox"/> Multidicas <input type="checkbox"/> Atetose	Melodicas: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Absente	Hipersecretante: <input type="checkbox"/> Fibril <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão			
Hiposecretante: <input checked="" type="checkbox"/> Anisodicas <input type="checkbox"/> Náuseas e regurgitações <input type="checkbox"/> Alterações: _____	Anisodicas: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Absente	Hiposecretante: <input type="checkbox"/> Alterações: _____			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
<input type="checkbox"/> Cúpido <input type="checkbox"/> Brantaneiro <input type="checkbox"/> Equilíbrio <input type="checkbox"/> Disprestes <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Aspiração					
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Gás: _____					
SISTEMA CARDIOVASCULAR					
<input type="checkbox"/> Neuromotora <input type="checkbox"/> Bradicardica <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Normotensio <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Pulmonar: <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Endotraqueal <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Arterial: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Endotraqueal: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			
REGULAÇÃO ASSTOMAL					
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Uroseen <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Normotensio <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> SNG/306 <input type="checkbox"/> SNE/303 <input type="checkbox"/> VET <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Venera <input type="checkbox"/> Dígito <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
AUXILIO/AUTOMATIZACAO E SISTEMA GASTROINTESTINAL					
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Uroseen <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Normotensio <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> SNG/306 <input type="checkbox"/> SNE/303 <input type="checkbox"/> VET <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Uroseen <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Falta <input type="checkbox"/> Uroseen <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente			
CARACTERIZAÇÃO DA PELLE					
<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Oxidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Oxidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Oxidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Oxidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Oxidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Oxidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente			
CUIDADO DE CONSTITUIÇÕES/SOROS/OTROS					
Cateter Peritoneal: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____					
Cateter Cerebral: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Curta/Realização em: _____ Trocar em: _____					
Síntese de Infusão no Sistema Capilar: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Quantidade: _____					
Drainagem: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____					
Coagulação: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> Desidratação Profunda <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de reabastecimento desequilibrado <input type="checkbox"/> Risco de glaucoma/retinopatia <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da volatil <input type="checkbox"/> Risco de liquidez excessivo <input type="checkbox"/> Risco de licuidos deficiente	<input type="checkbox"/> Perda respiratória profunda <input type="checkbox"/> Perda respiratória aguda <input type="checkbox"/> Multidicas ilícitas profunda <input type="checkbox"/> Risco de alegria de respiração profunda <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na respiração e circulação <input type="checkbox"/> Risco de exsudato profunda <input type="checkbox"/> Deficit na hidratação para higiene	<input type="checkbox"/> Risco de lesão por sensação <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de broncospiração <input type="checkbox"/> Sintomas urinários profunda <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente			
Prescrição de Cuidado Pós-Operatório					
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Estado mental <input type="checkbox"/> Cura condolante/controle das tensões <input type="checkbox"/> Imprensação da cicatriz da face com fita <input type="checkbox"/> TOTAL: _____	<input type="checkbox"/> Manter gabinete lateral elevadas <input type="checkbox"/> Identificar o uso de queimadura para hidratação <input type="checkbox"/> Anciar o paciente no ambiente <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda caso seja necessário <input type="checkbox"/> Manter uso de remédios tópicos <input type="checkbox"/> Higienizar os curativos coletivamente <input type="checkbox"/> Monitorizar volta de uso de horas <input type="checkbox"/> Calcular volume intravenoso <input type="checkbox"/> Utilizar uso de uso pessoal ou alcance na enfermaria			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Risco Baixo: 0-24 <input type="checkbox"/> Risco Médio: 25-44 <input type="checkbox"/> Risco Alto: Maior que 45 <input type="checkbox"/> Sintomas de Risco: _____	<input type="checkbox"/> Risco Baixo: 0-24 <input type="checkbox"/> Risco Médio: 25-44 <input type="checkbox"/> Risco Alto: Maior que 45 <input type="checkbox"/> Risco aumentado no caso do desvaneço/infarto <input type="checkbox"/> Risco registrado no check de higiene/cuidado			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____	<input type="checkbox"/> Registro Geral: _____			
<input type="checkbox"/> Ausente <input type					

405-2

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	23/11/2019	DN
PACIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR DIAFISARIO E			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	401-2	DATA
ITEM			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>laxativa</i>	S/N
2	AVP		
3	CUNDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H		
4	TRALFIL 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPRIBONA 1G EV OU 500MG VODF 6/6H		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA		
7	PIASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8	TRAMAL 100MG + SE 0,9% 100ML FV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR		
9	SUMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
10	CAPTOPRIL 25 mg.VO SE PAS > 160 E QU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		<i>curativo</i>
12	SSVV + CCGG 6/6H		
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		
14	LEXANE 40MG SC 1X AO DIA		
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 ≥ 88% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ÁLGICAS.			
# EXAME FÍSICO: BFG, EOTL, ACINÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA ESQUERDA.			
# PRC			
SINAIS VITAIS		DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
6 H	12 X 80	FOGB	FR 14 76°C
12 H	12 X 85	108	35.3
18 H	130 X 74	104	36.1
24 H	129 X 89	111	36.9

24:00h → Diurese = 1.000 ml

06:00h → Diurese = 800 ml

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

Data: <u>11/11/2020</u>	Enfermaria:	Leito:	
Nome Completo:		DN: <u>1111111111111111</u>	
Histórico Biográfico: Permaneço: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Círculo - familiar <input type="checkbox"/> Círculo - profissional Alérgico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(s): _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Paciente Indígena: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma: _____ Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Desambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprimido:			
SISTEMA NEUROLOGICO			
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações:			
PUPILAS <input type="checkbox"/> Hiperreagente <input type="checkbox"/> Normóticas <input type="checkbox"/> Hipertónicas <input type="checkbox"/> Afibril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Isopédicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Nodosegientes <input type="checkbox"/> Alterações:			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Tachipneico <input type="checkbox"/> Dispnéico <input type="checkbox"/> Arambiente <input type="checkbox"/> Tracheostomia <input type="checkbox"/> Aspiração Oxygenterapia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:			
SISTEMA CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/> Normocárdica <input type="checkbox"/> Bradicárdica <input type="checkbox"/> Taquicárdica <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Falso Glauco <input type="checkbox"/> Alívio <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Exame Físico: Bifásico Caríopestos <input type="checkbox"/> Rítmo: Alterações:			
REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNC/SOL <input type="checkbox"/> Gás Ruidos Hidroáqueos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Alterações:			
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Vôo <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNC/SOL <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Órgânicas <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Vôo <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNC/SOL <input type="checkbox"/> Gás <input type="checkbox"/> Infecção cintila <input type="checkbox"/> Autros: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia Alterações:			
CARACTERÍSTICAS DA FEZ <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Platos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Normocomposta <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Coerência localizada: <input type="checkbox"/> Ausente			
TESTO POR PROTESES <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Regra: <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Sistêmica:			
CONTROLE DE CATETERES/RONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Inserção: _____			
Cateter Central: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curação realizado em: _____ Inserção: _____			
Sinal de infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Quênia de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cocáceus: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Risco de Infecção <input type="checkbox"/> Risco de Infecção prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de infecção desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de contágio <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório inalterado <input type="checkbox"/> Venda/Respiratória prejudicada <input type="checkbox"/> Mobilitade tórica prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Dificuldade autocuidado para Higiene	<input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Comunicação deficitária	
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev. Defeitas	
1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	<input type="checkbox"/> Manter grades mentais elevadas <input type="checkbox"/> Identificar o risco de caídas ou risco de identificação	
Não: _____ Sim: _____	Orientado/limitado/conhece as limitações Superestima capacidade/teme excesso de risco	<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama Mantém porta aberta todas manhãs	
2. Diagnóstico Secundário	7. TOTAL:	<input type="checkbox"/> Necessidade de assistência para levar	
Não: _____ Sim: _____	Baixo Risco: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 48 Risco Alto: Maior que 48	<input type="checkbox"/> Manter vigilância de / horas <input type="checkbox"/> Cuidado suspeitos/jhs	
3. Terapia Endovenosa/depósito/sabutinato	8. Gestão de Risco:	<input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Não: _____ Sim: _____	1. Risco sistematizado no quadro do paciente/enfermeiro 2. Risco registrado na carta da identificação leito		
4. Ausilio na Desabilidaçao	9. Registro Geral:		
Nenhuma/Acamado/Auxiliado: <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30			
Mobiliza/Parcial/Ampla: <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30			
5. Marcha/Deslocação:			
Normal/Sem dificuldades/Aparência: <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30			
Comprometida/Comodamente: <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30			

Entenderam/Assinatura e Carimbos:

Evolução do Curativo

Núcleo de Enfermagem cur	Protocolo nº 1	Versão:08
Tratamento de Feridas	Paciente: <u>Edilza Alves Pontes</u>	Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018
HGR	Leito: <u>H01-2</u>	Data: <u>06/11/2019</u>

Localização	Região: <u>MATE</u>	Região: <u>SACRO</u>	Região: <u>SCROTAL</u>
	Grau: I () II () <input checked="" type="checkbox"/> III IV () Quimioterapia () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: () Fractura () Fixador Externo () Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()		Grau: I () II () <input checked="" type="checkbox"/> Quimioterapia () Cirurgia () DM () Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: () Fractura () Fixador Externo () Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Fisiológica () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fecal () Drenos Sonda () Outros		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Fisiológica () Granulação () Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fecal () Drenos Sonda () Outros
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Mauade () Seca () Úrtima / Rulgar <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()		<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macroura () Seca () Úrtima / Rulgar <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento () Secoso () Sanguinolento () Sero-sangüíneo () Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()		<input checked="" type="checkbox"/> Purulento () Secoso () Sanguinolento () Sero-sangüíneo () Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()
	<input checked="" type="checkbox"/> União () Molhado () Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()		<input checked="" type="checkbox"/> União () Molhado () Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()
Quantidade de Exsudato	() Molhado	() Molhado	() Seco
Solução de Linpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase Fibriolase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()
Cobertura	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase Fibriolase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase Fibriolase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase Fibriolase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: ()
Troca	() 2/2	() Diário	() 48/48h
Profissional que realizou procedimento:			
Observações:			



301-6
Boa Vista
Roraima

HÓSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACÃO EM HÓSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO . HC

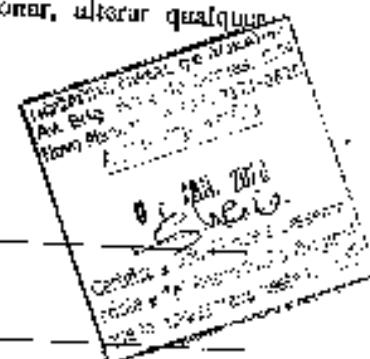
Eu João Alves da Sant'Ana _____ CPF/C^N _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumpri 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) a(o)s qual(is) será 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;
 - Co-móbilidades clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
 - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária, estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmei que recebi explicações, li, compreendi, 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, 26 de Novembro de 2019.



Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome:

CPF/C^N:

Grau de Parentesco:

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

Confirme que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, os 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 Registrador

CRM: _____ / _____

BOLETO OPERATÓRIO

BOLETO OPERATÓRIO

27/11/2020 05

João Alves

Fr. Faria

Taco Esquerdo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ANAMSE TERAPEUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAMENTOS E ACIDENTES:

ENÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIA: Dr. João Alves

1º auxiliar:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESIA: local

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DISPACAO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Sob anestesia local e
Taco Fraco - esquerdo

Na TAT

Carlos Estrela La Rose
OAB/SP 10.000



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

15

NOME DO PACIENTE: Bilde Alves dos Santos API OU LEITO: 46 N° DO PRONTUÁRIO: 401.2 DATA: 24/11/19
CIRURGIA

TIPO: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ TEMPO DE DURAÇÃO: _____
TEMPO TOTAL: _____

Tratamento - engordar M-50 16:26 16:32

EQUIPE MÉDICA

CIRURGÃO: Doutor Cordeiro ANESTESISTA: _____

1º AUXILIAR: Doutor Cordeiro RES. ANESTESIA: _____

2º AUXILIAR: Maricáure INSTRUMENTADOR: _____

3º AUXILIAR: Maricáure CIRUKEANTE: _____

PO DE ANESTESIA: Secund TEMPO DE DURAÇÃO: _____

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCVS COMPRESSAS C/60			FRASCOS-SORO FISIOLOGICO	
	UNID.			FRASCOS-SORO RINGER LACTATO	
	PANOTES GAZE			FRASCOS-SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FILO VIGRIL N°	
	LUVA ESTERIL 7.5			FILO MONONYLON N°	
	LUVA ESTERIL 8.0			FILO ALGODAO STM AGULHA N°	
	LUVA ESTERIL 8.5			FILO ALGODAO COM AGULHA N°	
	LUVAS DE PROCEDIMENTOS			FILO CATGUT SIMPLES N°	
	LAMINA BISTURI N°	<u>15</u>		FILO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE SUTIÇÃO N°			FILO PROLEINE N°	
	DRENO DE TORAX N°			FILO SEDA N°	
	DRENO DE PENROSE N°			SURGIICEI	
	SERINGA 01ML			CHRA P/ OSSO	
	SERINGA 01ML			KIT CATARATA N°	
	SERINGA 05 ML			GEOFOLAM	
	SERINGA 10ML			FITA CARDIACA	
	SERINGA 20ML			OUTROS: <u>pr-tijucu</u>	

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

INSTRUMENTADOR (A) FNBRK MEIRA CHEPÍK MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL: 6

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA: 6

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

401-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVÍCIO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

卷之三

811

8

PACIENTE: E. G. G. V. V.

PATIENTES
DIAGNOSTICOS

DIAGNOSIS

ДЕРГАС:

HAS

二

ACERCAIS: HAS NOTA DATA
IPADE: LEITO DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	MÍCETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Morning
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG FV BAHIA SN) SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE RISH SE DOR INTENSA) 14
6	XALBUTAMINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	
7	OMEPRAZOL 40MG FV 1XBA	06
8	METOCLOPROMIDA 10MG EV 8/5H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 - BN	SN
10		
11		
12	Captivacoca 1 gr 1/2/2	18 06
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E QI PAP > 110 MM1/G	
20	SSAW + CGGG 6/6 H	
21	CURATIVO DIÁRIO	

SE ENAPERTEDO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 20U-25U; 2U-2,1-3,0U; 4U; 0,1-0,2U; 0,5U-1,0U; 0,1-0,4U; 10 UI E CADA GLICOSE SEU ALTIMA. GLICOSE 50% IDML EM 1 AVISAR PLANTONISTA.

EVERY LITTLE PICTURE

PROBLEMA: PACIENTE DEITA-SE BEM FITO, ATIVO, REAGIU BEM, CONTARTE HANOS, PESO E ALTURA, BEM ADAPTÓTICO, ANICÉRICO, APERTE, FUMADOR, NOMINOCORADO, HIDRATADO, EM UGDO DE TRAÇÃO TRANSFRONTEIRÍSTICA, DIFÍCIL DE CUIDAR AS LIGAS.

120-515002

† CONPUTA.

II PROGRAMAÇÃO DE CLASSE

PUBLICACIONES ALTA

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

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Obs: Paixão retiniana do e.c. às 13:35
realizou procedimento de traz-trasequias
- M.F. -

卷之三

401-2

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

DATA DE ADMISSÃO: DIH 23/11/2019 DN

PACIENTE: ELILDE ALVES DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E

ALERGIAS: HAS DM2

IDADE: LEITO 401-2 DATA 28/11/2019

ITEM			HORÁRIO
1.	DIETA ORAL LIVRE		5M0
2.	AVP		200mg Td
3.	CLONDAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H		22 12. 24. 06
4.	PILOTIL 20MG EV DE 12/12H		18-06
5.	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H		23 18. 24. 06
6.	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA		06.6
7.	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
8.	TRAMAL 100MG + STO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II		
9.	SIMETICONA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		SPV
10.	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11.	CURATIVO DIÁRIO		
12.	SSVV + CCGG 6/6H		Potina
13.	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VD DE 12/12H		08.9
14.	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		16.
15.	AQ HC		
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 DLML, GLICOSE 50%-400 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS
ALGÍCIAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCÓRADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA
ESQUÉRDA.

PRE:

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE
6H	PA	FC	FR	Taxf	CRM-RR 1964
12 H	133/66	92	28	36,4	RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
18 H					TRAUMATOLOGIA
24 H	134/83	104	37,5		

19/11/2019 - Paciente no Centro Cirúrgico. Nas observações do horário de 12:00hs — Taxf 36,4
D&P MBS

OB.R. TA 121/74 P.91 T.36°

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				HGR
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	28/11/2019	DN	
PACIENTE		ELILDE ALVES DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO FRATURA DE FEMUR DIAFISÁRIO E					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	401-2	DATA	29/11/2019	
ITEM				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SN			
2	AVP	manhã			
3	CINNAMICINA 600MG EV OU VO D 6/6H	16 - 20	02 - 08		
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN	12 - 18	20 - 06		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA		06		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		SN		
8	TRAMAL 100MG + SF0,5% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IR		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	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVY 1 CCGG 6/6H				
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H		02 - 20		
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		16		
15	AG-NG				
16	<i>Foi encaminhado ao SVU</i>			<i>liminar das 10h</i>	
SEDIABÉTICO 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, AUMENTANDO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, COM QUEIXAS ÁLGICAS.					
#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSSESQUELETICA					
ESQUERDA: <i>paciente foi transferido ao Hospital Universitário do cuidado do Dr Carlos Henrique</i>					
<i>Transferido para realização com o Hospital Universitário</i>					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FG	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					

04-05-13 h - pae no dieto, dormiu e teve (3) epis. Tbc Recurso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200080563 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/11/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TRAÇÃO ESQUELÉTICA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065121/20

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: ELILDE ALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

ELILDE ALVES DOS SANTOS : 449.519.732-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURACÃO PARTICULAR

OUTORANTE Nome: ELILDE ALVES DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nacionidade: BRASILEIRO
Profissão: VIGILANTE

Identidade: 2613183 SSB/RR CBE: 440-510-733-00

Identidade: 2613183 SSP/RR CPF: 449.519.732-00
Endereço: Rua: S, nº: 1474 Bairro: SENADOR NEVES

Endereço: Rua: S-33 nº:1474 Bairro: SENAI
Cidade: BOA VISTA/UE-RR-CEP: 69.410-000

Vitima: ELIEL DE ALVES DOS SANTOS

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS
CRE: 149.519-732-00 Data de sinistro: 22/11/2012

CPF: 449.519.732-00 Data do sinistro: 23/11/2019
Natureza: (X) RAIMS () INVÁLIDEZ () IMPOSTO

CHITARRA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLI
Nacionalidade: BRASILEIRA - Est. Civil: SOLTEIRA

Nacionand P. S. 2

Identidade: 222-724 - ODE: 221-221-112-50

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53
Endereço: AV. Manoel Felipe, 1437/5 - Apto. B - Centro - Rio de Janeiro - RJ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Bog Vista-BB 10-01-20

Local e data

*Enfude niver dos santos

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidad)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0065121/20

Vítima: ELILDE ALVES DOS SANTOS

CPF: 449.519.732-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/11/2019

Titular do CPF: ELILDE ALVES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

ELILDE ALVES DOS SANTOS : 449.519.732-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA