

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: William da Silva Xavier
ESTADO CIVIL: Solteiro
RG nº. 331409549
CPF/MF nº. 261.134.058-88
TELEFONE: (35) E-MAIL: _____
ENDEREÇO: Rua: Galileia, 223 - Joazeiro Clube

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transgindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação de cobrança de SEGURO DPVAT em desfavor da SEGURADORA LIDER DPVAT, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, ____/____/____ de 2020.

William da Silva Xavier

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: William da Silva Xavier
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: _____
RG nº. 338409549
CPF/MF nº. 265.114.058-88
ENDEREÇO: Rua: Galileia, 223 - Joazeiro Clube

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, ____/____/____ de 2020

William da Silva Xavier



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

Nome
WILLIAM DA SILVA XAVIER

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
331409549 SSP SP

CPF
261.114.058-88

DATA NASCIMENTO
04/07/1977

FILIAÇÃO
WILSON XAVIER
ROSELI DA SILVA
AZEVEDO

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
03071589895

VALIDADE
17/12/2024

1ª HABILITAÇÃO
22/10/2003

OBSERVAÇÕES
CETPP
CETE
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
William da Silva Xavier

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
16/01/2020

ASSINATURA DO EMISSOR
IGO GOMES BRASIL
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

52840518754
RR210377690

RORAIMA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1924511912

OBJETO PLASTIFICAR
1924511912



08/09/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2020 referente a UC: 1577778



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5640124

MELLEN BASTOS MATEUS

R. GALILEIA, 223 , 3

JOQUEI CLUBE

69313012 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1577778	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-JUN-20 a 22-JUL-20
CONSUMO (kWh) 129	VENCIMENTO 06-AUG-20	TOTAL A PAGAR R\$ 131,24

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1577778	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 131,24
-------------------------	----------------	-----------------------------

836500000010.312400750005.000000001578.777807200053





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome William da Silva Xavier

Loc. Nasc. São Paulo Est. SP Data 04/07/77

Filiação Wilson Xavier e Roseli da Silva

Doc. Nº 36.33.440.954-9 558150

52787

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.

Data Emissão 02/02/22 SP SRTE



Assinatura do Funcionário



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do em

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
Na função de
CBO Por motivo de

Assinatura do empregador



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 6493/2020 - Registrado em: 13/07/2020 às 12h 56min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 04/06/2020 às 21h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: NOSSA SENHORA DA CONSOLATA COM CORONEL PINTO Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: CENTRO

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

WILLIAM DA SILVA XAVIER(42), nascido(a) em 04/07/1977, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de ENTREGADOR, CPF Nº 261.114.058-88, País: BRASIL, natural de SAO PAULO-SP, filho(a) de ROSELI DA SILVA AZEVEDO e WILSON XAVIER261, endereço: GALILEIA, cep: 69300-000, Nº: 223, bairro: JOQUEI CLUBÊ BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98401-6469.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPI/VAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA CG 125 KS, COR: PRATA, DE ANO: 2001/2001 CHASSI: 9C2JC30101R198118, PLACA: NAL1246, DE PROPRIEDADE DE PAULO IGRESSA SILVA, NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO, UM CARRO QUE VINHA NA RUA CORONEL PINTO, INVADIU A VIA REPENTINAMENTE COLIDINDO COM O COMUNICANTE BRUSCAMENTE, QUE COM A QUEDA, O MESMO CAIU AO SOLO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO COTOVELO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRONICAMENTE


WILLIAM DA SILVA XAVIER
COMUNICANTE



Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031636/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/10/2020 11:41:31 Data/Hora Fim: 16/10/2020 11:54:47
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/06/2020 21:20 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Centro
Logradouro: Av Nossa Senhora da Consolata com rua Coronel Pinto
Tipo do Local: Via Pública
Descrição do Local: via

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WILLIAM DA SILVA XAVIER (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 04/07/1977 Idade 43
Profissão: Entregador
Estado Civil: Sem Informação Naturalidade: São Paulo - SP
Nome da Mãe: Roseli da Silva Azevedo

Documento(s)

CPF: 261.114.058-88

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Galiléia Nº: 223
Bairro: Jôquei Clube
Telefone: (95) 98401-6469 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 112.051.992-68	Placa NAL1246
Renavam 00761212590	Número do Motor JC30E11198118
Número do Chassi 9C2JC30101R198118	Ano/Modelo Fabricação 2001/2001
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 21/01/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
William da Silva Xavier	Possuidor



Impresso por: Carlos Alberto Valerio da Silva
Data de Impressão: 16/10/2020 11:55:11

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00031636/2020

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA CG 125 KS, COR: PRATA, DE ANO: 2001/2001, CHASSI: 9C2JC30101R198118, PLACA: NAL1246. DE PROPRIEDADE DE PAULO IGRESSA SILVA, NO ENDEREÇO ACIMA CITADO, QUANDO AO CHEGAR NO CRUZAMENTO, UM CARRO QUE VINHA NA RUA CORONEL PINTO, INVADIU A VIA REPENTINAMENTE COLIDINDO COM O COMUNICANTE BRUSCAMENTE, QUE COM A QUEDA, O MESMO CAIU AO SOLO. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO COTOVELO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO.

ASSINATURAS

Carlos Alberto Valério da Silva
Agente de Polícia
Matrícula 0712925
Responsável pelo Atendimento

William da Silva Xavier
Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(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 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



04/06/2020

...: Guia de Atendimento 17 ...

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: ☐		Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: ☐		Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: ☐	
2001247943 04/06/2020 22:04:00		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19- 10	
Paciente WILLIAM DA SILVA XAVIER		Data Nascimento 04/07/1977		Idade 42 A 11 M 0 D		CNS 26111405888	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A) PARD	
Mãe ROSELI DA SILVA AZEVEDO		Pai NI		Raça/Cor Naturalidade		Contato BRASILEIRA	
Endereço RUA - GALILEIA - 228 - JOQUEI CLUBE - BOA VISTA - RR						Ocupação	
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Autorização	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedência		Temp.	
				Procedimento Sol.		Registrado por: ADAO	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares							
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
A dor no ombro							
A dor no ombro							
FX do Ombro (E).							
Tela radiográfica do Ombro +							
CD: Encefalograma do Ombro							
Nº prescrição 123456789							
Conduta							
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação			
Transferência para: Adão de Souza				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica					
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: adao Data Hora: 04/06/2020 22:13:29				 Dr. Bruno Vieira de Lima Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1231		 2001247943	

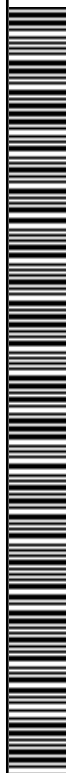
Anexo I

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		04/07/1977	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Rosi da Silva Amorim		Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua Galvão, 228 Jooquei CUBS		N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista		15 - UF	
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
fx colarinho (E)			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
fxo craniocran			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx e fx fraco			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
fx Colarinho (E)			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Internação Hospitalar			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
Ortopedia	Elétrico	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Acácio		/ /	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
Dr. Bruno Vieira de Lima		Ortopedia e Traumatologia	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
		39 - CNPJ EMPRESA	
		40 - CNAE DA EMPRESA	
		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /		CONFERE COM ORIGINAL	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

Em 08/07/20

Ass.: 8

EM BRANCO



Anexo 1

2001253985



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

NIR

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WILLIAM DA SILVA DAMON

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

180164

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7101015018981148751513

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/04/1997

9 - SEXO

Masculino ☒

Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Rexli da Silva Aguiar

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura do Coração (S)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

HTA crônica

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

EX físico + RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FX Coração (S)

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

Oncologia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Plano

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Wilson Paracat

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/06/2020

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

Dr. Bruno Vieira

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

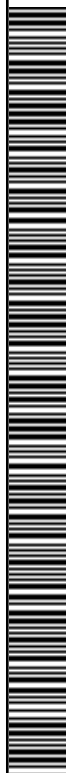
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

180164

BPA

BR

9



MARIA ELENILDA 334



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: WILLIAM DA SILVA XAVIER DN:04/07/1977

DATA DE ADMISSÃO: 05/06/2020

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA COTOVELO ESQUERDO

ADMISSÃO MÉDICA

Paciente com fratura cotovelo esquerdo hemodinamicamente estável.

ECTOSCOPIA:BEG, LOTE, AAA, eupneico, corado, hidratado , BPP, sem edema, panturrilhas livres.

ACV: RCR, em 2T, BNF, sem sopros

AR:MV+ bilateralmente, SRA.

ABD: plano, flácido, RHA + , indolor à palpação, sem sinais de peritonite, sem VMG.

Extremidades: BPP, SEM EDEMAS.

CONDUTA: Suporte clínico + ATB

ASSINATURA E CARIMBO Médico(a)

BOA VISTA-RR, 05/06/2020

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.:

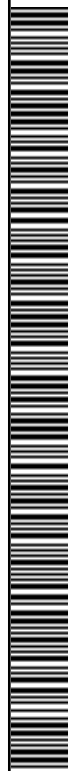
EMBRANCO

(do:

(do:

(do:

(d



NIR

Anexo I

Transf: 05/06/2020

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				180164	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
7005089811487553				04/07/1977	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
ROSE DA SILVA AMORIM				Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
Rua Galvão, 228 Jooi Cruz				918	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Boa Vista				14000 RR	
15 - UF				16 - CEP	
RR					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
fx colúmbio (S) (3)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
fxo crônico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Rx e fx fraco					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
fx Colúmbio (S)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Intimação de exames					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
Onco					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
Estrut					
28 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Rogério					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
/ /					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
J. Bruno Vieira de Lima					
Médico Residente					
Oncologia e Traumatologia					
CRM RR 1234					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
45 - DOCUMENTO					
() CNS () CPF					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
4/6/20					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49					

14/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO





GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO



RECEITUÁRIO

NOME: William de Silve Xavier, 42a

Anal. Renato Linhares

- HDA: prot. coloidal ©
- HPP: inge HAS em DM
- Ant. úngües: p
- HPAH: p
- HPSH: TBH p

- alergias: p

- MMG (10/06/20): MB 35.0 HC 46%. Queda 7.500 PWT 230.000
- glic 95 urina 47 creat 2.0
- ORG (05/00/20): TAD 30" INR 0.8
- Rx tórax: ILT (W)
- ECG: RS, ST (W)

Ato médico: sup. médico.

• AL: RCR 2e BNF n.1. repetir.

PA = 120 x 70 mmHg.

FZ = 86 bpm

DATA: 10 / 06 / 2020

ASSINATURA E CARIMBO

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Filgueiras, 2096 – Pintolândia

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM RR 1550

14/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO





C. 339

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 04/06/2020

PACIENTE: William da Silva Xavier

DN: 04/07/77

DIAGNÓSTICOS: FX COTOVEL (S)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: GT

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

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

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

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

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

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

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Insuficiência - Ex prof - ep.

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 4 de Junho de 2020. Hora: 23:07

Boa Vista, 4 de Junho de 20 20. Hora: 23:07

Jr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1231

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

14/11/2020
14/11/2020
Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.: 9.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA**

Eu WILLIAM DA SILVA XAVIER CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de MAIO de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.: [Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLINICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RISCO CIRÚRGICO

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

NOME: WILLIAM DA SILVA XAVIER

IDADE: 47

LEITO: 339 0

PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO
SERÁ SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITO RISCO.

Rx de tornoz = 20/03 HGR (05/06/2020)

GRATIANA
Loamir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

terça-feira, junho 09, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia

R posta:

Dr. Amorim.

30/06/2020.

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-RR 1550

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.:



EM BRANCO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL DAS CLINICAS DR. WILSON FRANCO
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

RISCO CIRÚRGICO

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

NOME: WILLIAM DA SILVA XAVIER

IDADE: 42

LEITO: 339 0

PACIENTE COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO
SERÁ SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SOLICITO RISCO.

Rx de torax 70/03/2020 (05/06/2020)

GRATO.

Thiago Amorim Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

terça-feira, junho 09, 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Resposta:

Wpne

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM/RR 1550

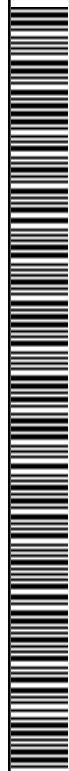
10/06/2020

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.: [assinatura]

EM BRANCO



Alta 10.06

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE WILLIAM DA SILVA XAVIER					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO 04/07/77		9 - SEXO MASCULINO
11 - NOME DA MÃE			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		10 - RAÇA/COR
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA			17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF
19 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE COM HISTORIA FRATURA COTOVELO ESQUERDO					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + EXAME FÍSICO + IMAGEM + LABORATÓRIO					
23 - DIAGNÓSTICO FRATURA COTOVELO ESQUERDO		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE DON MARTINS			
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/06/20		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		41 - SÉRIE			
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

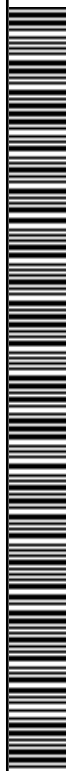
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJVTW KDLG8 3VEKK RL7E3



Carimbo: Câmara de Desembargadores

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/07/20
Ass: S

EMBRANCO



02/07/2020

... Laudo de Internação (Martha Aurora) ...



**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário 00004487	Data Internação 5.6.20	Data da Saída 10.6.20
Número da AIH:		
Enfermaria 3B	Leito 339	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339	
Nome do Paciente WILLIAM DA SILVA XAVIER			
Cartão do SUS 700508981487553	Data de Nascimento 04/07/1977	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe ROSELI DA SILVA AZEVEDO			
Nome do Responsável WILLIAM DA SILVA XAVIER		Fone p/ Contato	
Endereço RUA - GALILEIA		Número 228	Bairro JOQUEI CLUBE
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 718	Médico Solicitante Atílio	Cartão SUS					
Procedimento Solicitado 0308010019	Procedimento Principal	Esp	C. Int 01	CID P 1022	CID S	CID CA	M. Sa 12
Em caso de Parto: Nasc Vivo () Nasc Morto () ☒ Alta () Trans () Óbito							

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	+				218		1	
02	+				2124		1	
03	+				2038		2	
04	+				2015		2	
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

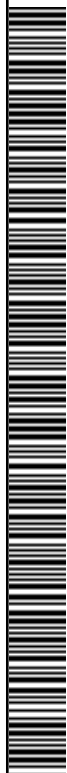
Nome Médico Autorizador Martha Aurora Alvarez Blanco	Data Autorização / /	CPF Autorizador 511.756.812-53	CNS Autorizador 201 5618 9857 0007
Nome do Médico Auditor	Data Auditoria / /	CPF Auditor	CNS Auditor

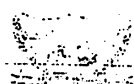
CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/04/20

Ass.: G.

PRONTUARIO MEDICO





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu _____ CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is)erei 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 Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome

CPF nº:

Grau de Parentesco:

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____ . Hora: _____

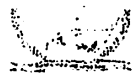
Nome Completo:

Assinatura do Médico:

CRM _____ / _____

Assinatura do Médico Regulador

Dr. Idelson
Otorrinolaringologista
CRM-RR 1733



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 5/6/20
PACIENTE: William do S. Xavier DN: 4.17.177
DIAGNOSTICO(S): fratura de quadril
DIH: 4/6/20
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO³⁻: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA: / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO³⁻: _____ PH: _____ BE: _____ PO²: _____ PCO²: _____
EAS: _____
IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 5 de Junho de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HIC

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM: _____

CRM: _____

Dr. Iderlan P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678

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



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 04/06/2020

PACIENTE: William da Silva Xavier

DN: 04/07/77

DIAGNÓSTICOS: fx crânio (S)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

GT

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

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

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

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

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

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

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____

PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR: _____

Prescritos - Ex pres - ep.

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA: _____

3º dia, 2º episódio.

Boa Vista, _____

4 de _____

Junho

de 20 _____

Hora: 23:07

Dr. Bruno Vieira de Lima

Médico Residente

Ortopedia e Traumatologia

CRM RR 1231

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM 1231, ar

CRM _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu WILLIAM DA SILVA XAVIER CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 05 de MAIO de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Bu _____ CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
6.) Confirmo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20____. Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____



HWT

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 29/06/2020

PACIENTE: WILLIAM DA SILVA XAVIER

DN: 4/7/77

DIAGNÓSTICOS: FX Cotovelo (E)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

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

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

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

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

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

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

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____

PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Instituída a fisioterapia

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa evolução clínica.

Boa Vista, 29 de Junho de 2020. Hora: 15:06.

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

CRM 1231 / RR

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Fábio França

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

() HC () HLI (X) HMI () OUTRO _____



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: WILLIAM DA SILVA XAVIER

DESOSPITALIZAÇÃO

AO HGR - SAME

INTERNAR ÀS 15H NO DIA 29/06 /2020

CIRURGIA MARCADA PARA O DIA:

30/06/2020 ÀS 13:00

FLUXO DEFINIDO ENTRE COORDENAÇÃO DA ORTOPEDIA E
COORDENAÇÃO DO NIR/HGR

DATA:



Don Silva Martins
Médico
CRM-RR: 2038

ASSINATURA E CARIMBO

GOVERNO
DO POVO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
AGNOSTIC					
ALERGIAS					
IDADE		HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO		DATA		3/6/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24 h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				6
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14 22 h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SN
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				12 18 24
14	CURATIVO DIÁRIO				Realizar
15	T. 1000mg EV 12/12h				12 24
16	No HL				SN
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1664

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

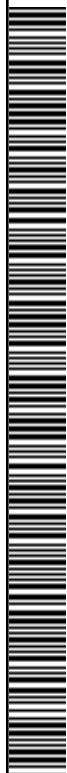
EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: SEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/07/20
Ass.:

EM BRANCO



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DN	1/1/1951	
PACIENTE	WILLIAM DA SILVA XAVIER				
DIAGNÓSTICO	FX COTOVELO E				
ALERGIAS	NEGA	HAS		DM2	
IDADE	42	LEITO	339	DATA	5/6/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(66)
5	DIPIRONA 1G EV 6/6HS				18-24-06-12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	NALBUFINA 10MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8HS CASO NÃO TENHA O I				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SIMETICONA GOTAS - 40GTS VO 8/8HS				22-06-14
10	ONDASENTRONA 8mg EV OU VO 8/8H SN				SN
11	CLINADAMICINA 600MG - EV OU VO 6/6HS				18-24-06-12
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12HS				(22) 10
13	CURATICO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6HS				
15	TILATIL 20MG EV 12/12HS				22 10
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

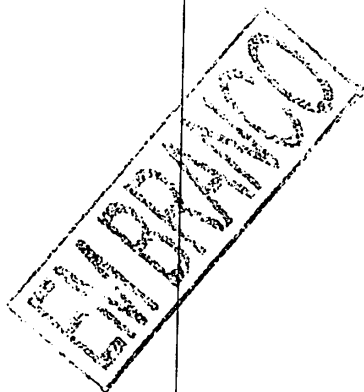
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	GLICEMIA
6 H	120/70	69			
12 H					
18 H	120x80	85		36,1	
24 H	120/70	82			

Lael Silva (Res Orto)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ort)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ort)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ort)
CRM/RR 1231

AS: 22:00 Realizaram troca de A.V.P. - [assinatura]

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/07/20
Ass.: [assinatura]

Página 2



ROSANA RAIMUNDA 335



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS



NOME: Walter de Silva Xavier DATA: 05/06/20 SEXO: M IDADE: 42a PESO: 39 KG. LETO: 39 • ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	
CATERER CENTRAL	CATERER PERIFÉRICO
SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
LOCAL	LOCAL
DATA	DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA:

SONDA NASOENTRAL: SIM () NÃO () DATA:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
ULCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL:

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO
RUIPOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PAÍDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

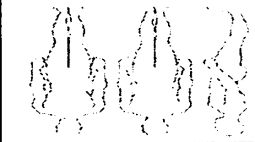
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FIOFORME
PULSO: () NORMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTE ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () SVD ()
() HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLÚRIA () ISÚRIA () ANÚRIA

LESÕES



DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TRCOA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO

DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QUEDAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA

() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO

() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TOT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE

() OBSERVAR,COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: HORAS
() REALIZAR DEXTRO / HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LEITO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM:

() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO

() OUTROS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/2020

Ass:



339

WILLIAM 339

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	WILLIAM DA SILVA XAVIER				
DIAGNÓSTICO	FX DE COTOVELO ESQ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
		LEITO	339	DATA	6/6/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				22 06 14
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				sn
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H				06 12 18 24
15					
16					
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SIN/	Lael Silva (Res Ortop)				
6 H	CRM/RR 2015				
12 H	120x70	65	—	36.5°C	Loamir Viana (Res-Ortop)
18 H	110x70	75	—	36.3°C	CRM/RR 2124
24 H					Don Martins (Res Ortop)
					CRM/RR 2038
					Don Martins (Res Ortop)

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/07/20
Ass.: 



EM BRANCO





SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISITENCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____
DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LETO _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	
CATETER CENTRAL	CATETER PERIFÉRICO
SIM () NÃO ()	SIM () NÃO ()
LOCAL	LOCAL
DATA	DATA

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES
1-FERIMENTO 2-ABRASÃO 3-HEMATOMA 4-DEFORMIDADES 5-FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO
GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO
ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA () PRECÁRIA
VIAS AERIAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL ()

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
DOR INSPIRATORIA: () SIM () NÃO
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () SIBLOS () RONCOS () ESTERTORES () SIBLOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
PULSO: () NORMACARDÍACO () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE
LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL
APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO
ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA
APARELHO GENITURINÁRIO/DIVRESE: () HEMATURIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA ()

DIAGNÓSTICO

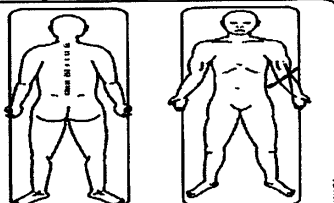
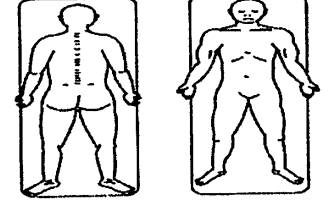
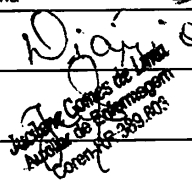
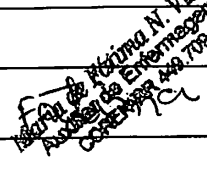
() RISCO DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
() TOCA GASOSA PREJUDICADA
() ANSIEDADE
() MEDO
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ
() RISCO PARA NUTRIÇÃO
() DESEQUILIBRADA
() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
() FADIGA
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE PREJUDICADA

() RISCO PARA QUEDAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOESTIMA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO
() OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
() MANTER MONITORIZAÇÃO
() MANTER CABECEIRA ELEVADA
() ASPIRAR VAS /TQT
() VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
() ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
() ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
() MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
() OBSERVAR,COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
() MANTER JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
() REALIZAR DEXTRO / _____ HORAS
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÃO
() ORIENTAR AUTO CUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LETO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO / _____ H
() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() OUTROS

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 339		

Nome: <u>Willian da Silva</u>			
DATA: <u>06/06/2020</u>	Localização / Região: <u>M. SE</u>	DATA:	Localização / Região:
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☒ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02- 	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

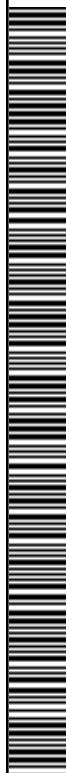
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/2020

Ass.: [Assinatura]

EMBRACO



339

WILLIAM 339

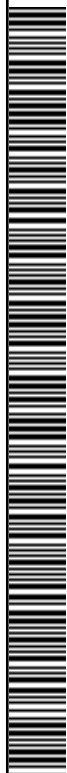
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE WILLIAM DA SILVA XAVIER					
DIAGNÓSTICO FX DE COTOVELO ESQ					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
		LEITO	339	DATA	7/6/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				(6) N
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				22 06 14
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H				06 12 18 24
15					
16					
17					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
22	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
22	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
Lael Silva (Res Ortop)					
CRM/RR 2015					
Loamir Viana (Res Ortop)					
CRM/RR 2124					
Don Martins (Res Ortop)					
CRM/RR 2038					
Bruno Vieira (Res Ortop)					
CRM/RR 1231					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130x80	55	—	36.6°C	
12 H	140x80	70	—	36.0°C	
18 H					
24 H	127/69	64		36.5°C	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/10/20

Ass: [Assinatura]

EM BRANCO



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: William da Silva Xavier HD _____
 DATA: 07/06/20 SEXO: M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 339 • ALÉRGICO? _____

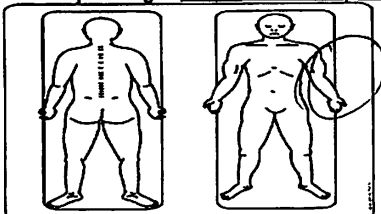
EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____						
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____						
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____						
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____						
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III						
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA						
OBS: _____						
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO						
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						
FREQUÊNCIA: () EUPNEÍCO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____						
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS _____						
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA						
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA						
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						
APARELHO CARDIOVASCULAR						
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						
PULSO: () NORMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____						
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APÊTITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO						
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL						
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA						
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:						
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA						
() HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20 Ass: [Assinatura]



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 83 339		

Nome: <u>Willian da Silva</u>	
DATA: <u>07.06.20</u>	Localização / Região: <u>mst</u>
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☒ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Frau</u> 02- <u>Rabe</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	OBS:

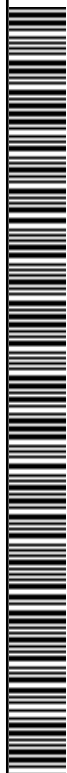
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.: [Assinatura]

EM BRANCO



WILLIAM 339

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE WILLIAM DA SILVA XAVIER					
DIAGNÓSTICO FX DE COTOVELO ESQ					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
		LEITO	339	DATA	8/6/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				18 24 06 12
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				22 06 14
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H				06.12.18.24
15					
16					
17					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
22	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
23	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	D I E
6 H	130x80	63		36°	
12 H	140x100	69	-	36,9°	+ +
18 H	140x70	90		36,4	
24 H	105x60	22	14	38,3	

Laer Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

339

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.:

WILLIAM 339

OK

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	WILLIAM DA SILVA XAVIER				
DIAGNÓSTICO	FX DE COTOVELO ESQ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
		LEITO	339	DATA	9/6/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				(6) N
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				22 08 14
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
14	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H				06 12 18 24
15					
16					
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DIG
6 H	130/70	90	—	37	5/6
12 H	140/80	74	—	36.6	4/5
18 H	140/80	80	14	36.2	5/6
24 H	130/70	80	—	37	5/6

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2028

Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Moisés Costa
917060

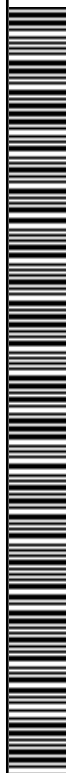
CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass:



EM BRANCO



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Willson da Silva Xavier HD _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____						
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____						
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____						
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____						
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III						
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA						
OBS: _____						
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO						
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						
FREQUÊNCIA: () EUPNEICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____						
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS _____						
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA						
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA						
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						
APARELHO CARDIOVASCULAR						
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						
PULSO: () NORMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____						
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO						
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL						
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA						
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:						
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () LÍMPIDA () CONCENTRADA						
() HEMATÚRIA () COLÚRICA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA						

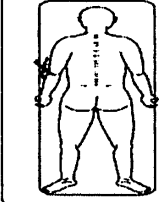
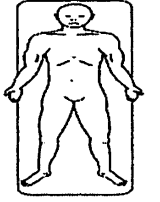
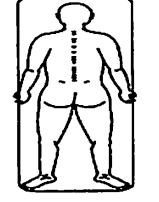
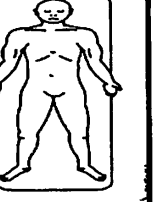


EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ: DATA / HORA : ..	MANHÃ: DATA 09/12/20 HORA 08:00 Paciente, consciente, tranquilo, dieta, higienizado, sem febre, sonda SS IV, medicações dp.m, fonecos fisiológicos presentes		
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:		
TARDE: DATA / HORA : 	TARDE: DATA / HORA : 		
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:		
NOITE: DATA / HORA : 	NOITE: DATA / HORA : 		
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:		

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/09/20
Ass: S.



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 339		

Nome: <u>Willian da Silva Xavier</u>			
DATA: <u>09/06/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>MSE / Trauma</u>  	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região:  
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☒ Trauma ☐ outra: _____	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____	Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro: _____	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☐ Manhã ☒ Tarde	Hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- _____	02- _____	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		

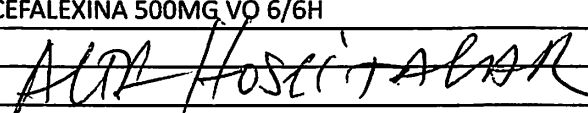
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/07/20
Ass.: [Assinatura]

EMBRANCO



WILLIAM 339

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	WILLIAM DA SILVA XAVIER				
DIAGNÓSTICO	FX DE COTOVELO ESQ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
		LEITO	339	DATA	10/6/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				18 24 06 12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				22 06 14
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTIÑA
14	CEFALEXINA 500MG VO 6/6H				06 12 18 24
15					
16					
17					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	DIE
6 H					
12 H	110x80	98	-	36,6	++
18 H					
24 H					

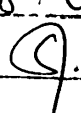
Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Don Silva Martins
Médico
CRM-RR 2036

CONFERE COM ORIGINAL
Em 08/09/20
Ass.: 

EMBRANCO



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: William da Silva HD _____

DATA: ____/____/____ SEXO: () M () F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO 339 • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE				LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS						
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA			
SONDA VESICAL: SIM () NÃO () DATA: _____						
SONDA NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO () DATA: _____						
SONDA NASOENTERAL: SIM () NÃO () DATA: _____						
DRENOS? SIM () NÃO () QUAL? _____						
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES						
1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO						
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU I () GRAU II () GRAU III						
CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO						
PUPILAS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA						
ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA						
OBS: _____						
TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO						
EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO						
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO						
FREQUÊNCIA: () EUPNEÍCO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPNEICO						
MÚRMURIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTE TOSSE: () AUSENTE () SECA () EXPECTORAÇÃO _____						
RUIDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS _____						
CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:						
() HIDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTERÍCIA						
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA						
TEMPERATURA DA PELE: () NORTERMICA () HIPERTERMICA () HIPOTERMICA						
APARELHO CARDIOVASCULAR						
RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()						
PERFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUÍDA						
PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME						
PULSO: () NORMACÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE						
LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____						
APARELHO GASTROINTESTINAL						
APÊTITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO						
R.H.A: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLÁCIDO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () VMG PALPÁVEL						
ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA						
APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:						
() ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () IPIDA () CONCENTRADA						
() HEMATÚRIA () COLÚRIA () OLIGÚRIA () POLIÚRIA () DISÚRIA () ANÚRIA						

CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.: _____

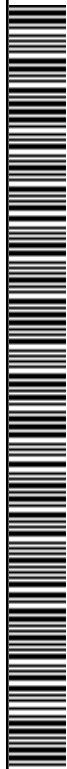


14/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO

		APAC Autorização de Procedimentos Ambulatoriais Laudo de Solicitação / Autorização		pg. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE		Nº DO PRONTUÁRIO		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO Masc. Fem.	RACIA/COR	ETNIA
NOME DA MÃE		DDD	TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE	
NOME DO RESPONSÁVEL		DDD	TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	COD. IBGE MUNICÍPIO	UF	CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	SERVIÇO	CLASS	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	QTDE
			TC de tomx	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			QTDE
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)				
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	CID10 PRINCIPAL	CID10 SECUNDÁRIO	CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
OBSERVAÇÕES				
SOLICITAÇÃO				
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)		
Carlos Alberto Jr. Médico CRM-RR 2080	4/6/2020	Carlos Alberto Jr. Médico CRM-RR 2080		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				
AUTORIZAÇÃO				
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	COD. ORGÃO EMISSOR	Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
DATA DA AUTORIZAÇÃO	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	PERÍODO DE VALIDADE DA APAC		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				
CONFERE COM ORIGINAL			CNES	
Em 08/07/20				
Ass.: 9.				



EM BRANCO





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: MARIA DE FÁTIMA SOUZA

DATA DE ADMISSÃO: 17/05/20

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FERIDA INFECTADA EM PÉ ESQUERDO +
DIABETES MELLITUS**

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

PACIENTE IDOSA, DIABÉTICA, INTERNADA NESTA UNIDADE PARA TRATAMENTO DE FERIDA ISQUÊMICA EM PÉ ESQUERDO, ATUALMENTE EM PÓS-OPERATÓRIO DE DEBRIDAMENTO CIRURGICO. SEGUNDO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR, FERIDA APRESENTA-SE COM EVOLUÇÃO DESFAVORÁVEL. NO MOMENTO, O TRATAMENTO IDEAL É COM CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO TRANSMETATARSIANA FECHADA EM PÉ ESQUERDO.

ASSINATURA E CARIMBO Médico(a)

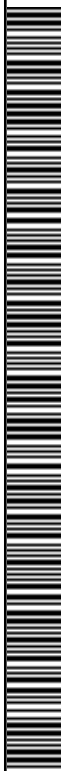
ASSINATURA (FAMILIAR RESPONSÁVEL)

BOA VISTA-RR, 10/06/2020

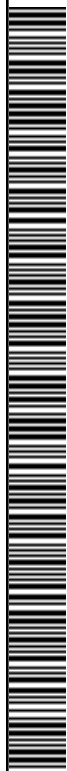
CONFERE COM ORIGINAL

Em 08/07/20

Ass.: [Assinatura]



EM BRANCO





GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: _____

Carlo Medeiros

O paciente, Willen de S. Xavier, vítima de
acidente de moto (05/06/2020) a/t trauma disto gr
PSE com fratura do m. do cotovelo (E)
fratura torácica (curva com redução aberta e
fixação com placa e parafusos).
Após consolidação e fenotóxico teve alta após
de 5 meses do acidente. (07/10/2020)
Atualmente queixa de dor (ab) nos ombros e lentidão de
movimento. Exatidão de movimento do cotovelo (E): 120°
Ombro: flexão de 0° - 90°
Extensão de 0° - 90°
Dorso: flexão de 0° - 90°
44. Sinal de Finkelstein (+) 1/3 Prax. de m. 10/10/20

DATA: ____/____/____

ADP: 552 T92

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima – Brasil
(0xx95) 98404-9631

Paciente encaminhado de novo trauma e/ou movimento
repetitivo e/ou defect (semelh) encaminhado no PSE.
13/10/2020

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma - Acupuntura
CRM 111.111





Thiago Amorim

Advogados Associados

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3200333778 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WILLIAN DA SILVA XAVIER
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVIÇOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO WILLIAN DA SILVA XAVIER
CPF/CNPJ: 26111405888

Posição em 04-12-2020 14:13:29
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/10/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/11/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	

