

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:
2958627820210122171322

Processo 0832252-79.2020.8.23.0010 ☆ - (35 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1



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, 23 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200408276

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Data do Acidente: 11/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE CARLOS ISRAEL

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16336310

Pag. 01915/01916 - carta_07 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXY4 KWVS4 BQHZ6 SENG





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:

382.004.812-04

4 - Nome completo da vítima:

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

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

5 - Nome completo:

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

6 - CPF:

382.004.812-04

7 - Profissão:

DESEMPREGADA

8 - Endereço:

RUA RIO APIAU

9 - Número:

278

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PROF ARACELI SOLTO MAIOR

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-155

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

95 99159-4458

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 5076

8

CONTA: 23.281

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/09/2020 09:30:19 Data/Hora Fim: 12/09/2020 09:30:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/09/2020
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 11/09/2020 17:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: São Vicente
Logradouro: Cruzamento da Avenida Getulio Vargas com Avenida Nossa Senhora da
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1226: EVADIR-SE O CONDUTOR DO VEÍCULO DO LOCAL DO ACIDENTE, PARA FUGIR À RESPONSABILIDADE PENAL OU CIVIL QUE LHE POSSA SER ATRIBUÍDA (ART. 305 DA LEI 9.503/1997)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERMELINDA SOUZA PEREIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 06/08/1964 Idade: 56
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista - RR
Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha

Documento(s)

RG: 47867 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA COMETA Nº: 1166
Bairro: Raiar do Sol
Telefone: (95) 99119-3912 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARTHA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 01/05/1970 Idade: 50
Profissão: Do Lar
Estado Civil: União Estável Naturalidade: Boa Vista - RR
Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha Nome do Pai: Anselmo Marques da Rocha

Documento(s)

RG: 80433
CPF: 382.004.812-04

Endereço



Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira
Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RIO APIAU
Bairro: Professora Araceli Souto Maior

Nº: 278

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros
Descrição Placa automotiva NUH-9217
Quantidade 1,00 Unidade

Subgrupo Placa de Veículo
Número de Série NUH-9217
Situação Apreendido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

Grupo Veículo
Descrição 01(UMA) MOTOCICLETA BIZ DE COR PRETA,
PLACA NAP-4437
Placa NAP4437
Número do Motor JC70E0G125999
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
UF Veículo RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I
Quantidade 1,00 Unidade
Última Atualização Denatran 22/09/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 163.976.902-10
Renavam 01091883600
Número do Chassi 9C2JC7000GR125963
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS - RENAINF

Nome Envolvido

Envolvimentos

Martha Pereira da Rocha

Proprietário

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 365.533.953-49
Renavam 01137258389
Número do Chassi 98822611XJKB65469
Número da Carroceria 92250232
UF Veículo RR
Marca/Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT
Quantidade 1,00 Unidade
Última Atualização Denatran 20/09/2019

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Placa NUH9217
Número do Motor 552771353228214
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo RENAINF -
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a Central de Flagrantes informar que sua irmã MARTHA PEREIRA DA ROCHA estava vindo do supermercado DB no centro da cidade em sua motocicleta Biz, cor preta quando foi atropelada por um veículo de placa NUH-9217; QUE a vítima sofreu várias lesões e foi conduzido pelo SAMU ao Hospital Geral de Boa Vista/RR; Que o infrator que conduzia o veículo que causou o acidente evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima; Que da colisão a placa do



Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira
Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 3

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

veículo sacou e populares conseguiram segurar e entregaram a comunicante para poder fundamentar mais ainda seu boletim de ocorrência; Que a comunicante está apresentando a placa do veículo que causou acidente nesta delegacia para poder ajudar na localização do infrator. Que segundo a comunicante o estado de saúde de sua irmã é grave. Era o relato.

ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000614
Responsável pelo Atendimento

Ermelinda Souza Pereira
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (uma(s)) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

382.004.812-04

4 - Nome completo da vítima:

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

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

5 - Nome completo:

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

6 - CPF:

382.004.812-04

7 - Profissão:

DESEMPREGADA

8 - Endereço:

RUA RIO APIAU

9 - Número:

278

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PROF ARACELI SOLTO MAIOR

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-155

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

95 99159-4458

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 5076

8

CONTA: 23.281

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:


Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA-RR, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520	
MÊS/ANO: 09/2020	VENCIMENTO: 15/10/2020	MATRÍCULA: 00074112.4

RANIS MAIA MELO

RUA RIO APIAU, NUM, 278

PROFA ARACELI SOUTO MAIOR

BOA VISTA RR 69315-016

INSCRIÇÃO: 001.032.420.0425.000

ROTA: 21.2770

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1		10	NAO MEDIDO	17209356
DT.LEITURA ANT.	DT.LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
					10
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
08/2020	10	07/2020	10	06/2020	10

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR
	42,89

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.032.420.0425.000	09/2020	13	42,89	21.2770

82670000000-1 42890004001-8 00074112401-0 09202070003-2



CONTA MÊS		VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2020		21/10/2020	389	331,38

ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 00073722855268
R. VER MANOEL J MARTINS 736 - DR. SILVIO BOTELHO
CEP: 69.314-563 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	14/09/2020	Anterior:	13/08/2020
Emissão:	11/09/2020	Apresentação:	14/09/2020
		Próxima leitura:	14/10/2020
		Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB2045703	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)								
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO	INJETADO RESERVADO
Leit. Atual	262							
Leit. Anterior	0							
Constante	1,400							
Resíduo 127								
Medido	262							
Faturado:	389							

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	389 A R\$ 0,748099 =	291,01
VISTORIA DE UC		10,11
RESIDUO DE CONSUMO kWh	127	
ILUMINACAO PUBLICA		30,26
RESIDUO DE CONSUMO kWh	- 127	

OUTRAS INFORMAÇÕES		HISTÓRICO DE MEDIÇÃO	



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 ANDRÉ CARLOS ISRAEL inscrito (a) no CPF/CNPJ 737.228.552-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARTHA PEREIRA DA ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.004.812-04 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANETE da Vítima MARTHA PEREIRA DA ROCHA inscrito (a) no CPF sob o Nº 382.004.812-04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: RUA VEREADOR MANOEL JOAQUIM MARTINS

Número: 736

Complemento: CASA

Bairro: DR. SILVIO BOTELHO

Cidade: BOA VISTA

Estado: RR

CEP: 69.314-563

E-mail: andrecarlos_rr@hotmail.com

Tel.(DDD): (95) 99118-5777

Local e Data: BOA VISTA-RR 27 DE OUTUBRO DE 2020.


André Carlos Israel
Advogado
OAB/RR Nº 2045-N

PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO		Nº 1716		SAMU 192		
Paciente: <u>Maria Pereira da Rocha</u>		Idade: <u>49</u>		Sexo: <u>F</u>				
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: <u>Branca</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Negra</u> <input type="checkbox"/> <u>Parda</u> <input type="checkbox"/> <u>Amarela</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena</u> <input type="checkbox"/> <u>Etnia</u>						
Endereço: <u>R. Benjamin Constant</u>		Bairro: <u>São Vicente</u>						
Nº <u>36020</u>		DATA: <u>10/09/20</u>		HORA J/B: <u>18:10</u>		BASE <u>VIA</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>RÁDIO</u> <input type="checkbox"/>		
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Lúcia</u>		HORA J/O: <u>18:23</u>				<input checked="" type="checkbox"/> <u>CELULAR</u>		
MOTIVO INICIAL: <u>Moto X carro</u>								
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>								
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATA								
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica								
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transfêrencia								
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar								
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros								
ACIDENTE DE TRÂNSITO								
VÍTIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA		
<input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta		<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro		<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança		
AVALIAÇÃO INICIAL								
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLÓGICA		
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro		<input checked="" type="checkbox"/> Eupneica <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Normocárdico <input checked="" type="checkbox"/> Bradicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade		<input type="checkbox"/> Míose <input checked="" type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora		
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início: <u>18:40</u>	<u>140 x 90</u>	<u>130</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>15</u>
Fim: <u>19:10</u>	<u>110 x 70</u>	<u>115</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>15</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
LESÃO IDENTIFICADA						ABERTURA OCULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Fratura exposta <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Evulsão <input type="checkbox"/> Alundamento de crânio <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Ferida aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento <input type="checkbox"/> Outros						<input type="checkbox"/> 4 - Espontânea <input type="checkbox"/> 3 - Ao comando <input type="checkbox"/> 2 - À dor <input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta		
						RESPOSTA VERBAL		
						<input type="checkbox"/> 5 - Orientado <input type="checkbox"/> 4 - Confuso <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta		
						RESPOSTA MOTORA		
						<input type="checkbox"/> 6 - Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 5 - Localiza a dor <input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Sem resposta		
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assístolia		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicção de uso				
GRAVIDADE COMPROVADA: <input checked="" type="checkbox"/> Nulo <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Muito								
Assinatura e Carimbo Médico: <u>Armando J. A. Pereira</u> <u>155-1156-1</u> <u>ROE: 176</u> <u>Clínica Geral</u>				SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL				
INSCIENTES: <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontra no local <input type="checkbox"/> Trote		HOSPITALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> Policia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> PRF		<u>02/10/2020</u> <u>Stephanie</u> <u>Rubrica</u>				
RCP: <input checked="" type="checkbox"/> Iniciada as: <u>18:40</u> <input type="checkbox"/> Término as: <u>19:10</u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso								

PERT DO PA	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min	<input type="checkbox"/> Com cartão de gestante	
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão de gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotirotomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ___ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bóia-valva-máscara: ___ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tintas	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n°	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scap n°	<input type="checkbox"/> Acesso intradérmico	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA	
2° estêter de 35 cm: 1° compresso talo emoldado	

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS
FOMAS acionados p/ uma ocorrência de traumatismo traumático pela Central de resusitação vítima de colapso meto x curvo vítima subotado em obito dorsal, BPS. Com lesão na região frontal da cabeça, Corte contuso, Fratura de nariz, fratura de dentes superior, Fratura na mão esquerda, com curativos e em. realizada por: Comunicado a Central de resusitação que nos orientou a levar p/ o ST=HER

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 02/10/2020 Rússia

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação					
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308									
2001267278	11/09/2020 18:59:36	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						38					
Paciente	MARTHA PEREIRA DA ROCHA			Data Nascimento	01/05/1970	Idade	50 A 4 M 10 D	CNS	704608591611047	CPF	38200481204	Prontuário	00162020
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade						
IDENTIDADE	80433	SSP/RR	09/12/2004	M	SOLTEIRO(A)PARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA						
Mãe	GILMA PEREIRA DA ROCHA			ANSELMO MARQUES DA ROCHA			Contato	(95) 99123-1593					
Endereço	RUA - MONTE SINAI - 360 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR											Ocupação	ASSISTENTE
Class. de Risco	Plano Convênio			Nº da Carteira			Validade	Autorização	Sis Prenatal				
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE													
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento			Profissional do Atend.			Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
COLISAO ENTRE VEICUL	URGÊNCIA												
Setor	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.			Registrado por						
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						ELIENE						
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue												
Colisão veicular - com													
Anamnese de Enfermagem										GSC		TOTAL	
										AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)													
Paciente trazida pelo SBCU vítima de colisão veicular com													
colisão frontal de grande porte. Paciente se queixa de dor													
Exame Físico													
Exame físico com contusões na face, dor no abdômen e													
suspeita de fratura (pênula). Escoriações de região da													
Hipótese Diagnóstica													
Politrauma.													
SADT - Exames Complementares													
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:													
PRESCRIÇÃO													
APRAZAMENTO													
OBSERVAÇÃO													
AUP													
- Sinais de vitalidade - Fato 20/06													
- Dificuldade de respirar - Fato 20/06													
- Curativo													
- Fato de Abuso													
Dr. Arnaldo J. H. Perez													
CRM/1554/RR - RQE 176													
Cirurgia Geral													
Conduta													
Alta por Decisão Médica													
Alta a Pedido													
Alta a Revelia													
Transferência para: ambulatório - BUCOMAR													
Ambulatório													
Observação (Até 24h)													
Internação													
Data e Hora da Saída/Alta: 11/09/2020													
óbito													
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica													
Assinatura do Paciente ou Responsável													
Carimbo e Assinatura do Médico													
Impresso por: eliene													
Data Hora: 11/09/2020 19:00:29													
2001267278													

Ortopedia 67

Urtimo de Acidente Automotivo, lesões
ocasionando fraturas e luxações.

CFO: Edema no antebraço (E) e joelho (E)

Rx: Fraturas de 4º e 5º MCC.

Fratura da plavata tibial (E)

Ad: a Selo de Gesso após liberação
da Cir. Genet e Buco.

Dr. Marcelo Gomes
Ortopedia Traumatologia
CRM-PR 21001 1801 16272

Carina Brumado de Faria 23:40

Paciente vítima de acidente automobilístico politraumatizado.
No momento, em BPG, normoconsciente, eupneico, avidezca,
Glasgow 15 e com queimaduras.

Observa-se FCC em supinação (E), lábio superior (red.)
e mancha labial superior.

Exames radiográficos não mostram sinais de fratura na face.

→ HD! Trauma de Face / Contusão + FCC

CDT: - Sutura:

- Sem condutas cirúrgicas referentes ao trauma de face

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Buco-Maxilo-facial
CRO-RR 717

NIR

Anexo 1

TEAMS

12.02.2020

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO			
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
16 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Fx de 4º e 5º MTC E Fx de PLAS TIGIAL (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
ANAMNESE Fx FÍLLO + RX					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
AS ACIMA					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fx 4/5º MTC (E) + PLAS (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Internação					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
12/09/2020 Dr. Leda do Santos da Silva					
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 - CBO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
46 - DOCUMENTO					
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
162020					

VL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	MARTHA PENHA DA SILVA				
AGNÓSTICO	Fº DE 4º e 5º MTC (5) e PLATO TUBA (6)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA		12/09/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SNV
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SNV
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06/12 18:29
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SNV
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SNV
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				06 19:22
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SNV
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H [3x3p]				SNV
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SNV
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SNV
13	SSVV + CCGG 6/6 H				06/12
14	CURATIVO DIÁRIO				06/12
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

CONFERE CC...
28/130/2020
Gleida

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

6610 ITCN (6) não evoluído pois não foi disponibilizado para formação.

Carimbo
Cristiano B. Lima
Téc. Enfermagem
Cadastr. OR 573.944



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 12/09/2020

PACIENTE: MARUHA PEREIRA DA NOCITA DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: fx 1º e 5º MTC e PLATO FIBRA (5)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: TRAMA

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:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura múltipla
do fêmur e do pé direito
em tratamento

Boa Vista, 12 de setembro de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM _____

Don Martins
Médico Residente
Medicina Traumatólogia
CRM-RR 2036

CRM _____

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

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO

MS-DATASUS
VERSÃO: 17.80

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1
DATA: 05/10/2020

O.E: E140000010

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10 / 2020

Num AIH: 142010118402-9 Situação: SEM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2020 Data Autorização: 12 / 09 / 2020

Especialidade: 03 - CLINICOS

Órgão Emissor: E140000010

CRC:

Doc autorizador: 980018289063924

Doc med resp: 702807103617965

Doc diretor clinico: 705005220101159

Doc médico solic: 702807103617965

CNES: 9472339 - HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 70480858161104-7

Paciente: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Prontuário: 5861

Data Nasc.: 01 / 05 / 1970 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo: Identidade

Doc: 80433

Responsável pac: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Nome da Mãe: GILMA PEREIRA DA ROCHA

Endereço: RUA RUA MONTE SINAI 0000360 CASA Bairro: PROFESSORA ARACELI S

Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69315-095

Telefone: (95)9912-31593

Muda Proc.?: NÃO

Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T028-FRATURAS ENVOLVENDO OUTRAS COMBINACOES DE REGIOES DO CORPO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 12 / 09 / 2020

Data saída: 22 / 09 / 2020

Mot saída: 18 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Liberção SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - / - / -

GNAER: -

Vinculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar	Valor p/	Qtde	Compt	Descrição
1	0308010019	702807103617965	225125	9472339	9472339	1	09/2020	1	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	980018289063924	225125	9472339	9472339	3	09/2020	3	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	190051248450002	225270	9472339	9472339	1	09/2020	1	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	700805923792890	225125	9472339	9472339	4	09/2020	4	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	702102736066693	225125	9472339	9472339	1	09/2020	1	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
6	0401010015	706801221575429	223505	9472339	9472339	10	09/2020	10	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7	0802010016			9472339	9472339	8	09/2020	8	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
8	0202020380			9472339	9472339	1	09/2020	1	HEMOGRAMA COMPLETO
9	0202010473			9472339	9472339	1	09/2020	1	DOSAGEM DE GLICOSE
10	0202010317			9472339	9472339	1	09/2020	1	DOSAGEM DE CREATININA
11	0202010694			9472339	9472339	1	09/2020	1	DOSAGEM DE UREIA
12	0202020142			9472339	9472339	1	09/2020	1	DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
13	0202020070			9472339	9472339	1	09/2020	1	DETERMINACAO DE TEMPO DE COAGULACAO
14	0202020134			9472339	9472339	1	09/2020	1	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA

CID SECUNDARIO

Cid	Característica	Descrição
V08.0	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM ACID. R-TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEICULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: 

29/09/2020

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



**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH**

Prontuário: 5884	Data Internação: 12-09-20	Data da Saída: 22-09-20
Número da AIH: 142010118402-9		
Enfermaria: 3B	Leito: 356	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNES 9472339
Nome do Paciente MARTHA PEREIRA DA ROCHA		
Cartão do SUS 704808591611047	Data de Nascimento 01/05/1970	SEXO 1 - Masculino
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 80433		Raça/Cor PARDA
Nacionalidade BRASILEIRA		
Nome da Mãe GILMA PEREIRA DA ROCHA		
Nome do Responsável MARTHA PEREIRA DA ROCHA		Fone p/ Contato (95) 99123-1593
Endereço RUA - MONTE SINAI		Número 360
Município BOA VISTA		Bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIO
Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-096

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 2158	Médico Solicitante Carollina Sant'Ana	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 03.8.02.0019	Procedimento Principal	Esp
Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>		C. Int 01
		CID P T22
		CID S
		CID CA
		M. Sa 18
Alta <input type="checkbox"/> Trans <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/>		

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ato/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C UTI
01	07		20 01		2158		01	
02	07		36 01		1231		03	
03	07		31 01		566		04	
04	07		44 01		2038		04	
05	07		16 01		2015		01	
06	07		109 01		2124		01	
07	01	04.06.02.0015	953 01		349949		10	
08	57				12	202009	08	
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador [Assinatura]	Data Autorização 12/09/2020	CPF Autorizador 123456789	CNS Autorizador 123456789
Nome do Médico Auditor [Assinatura]	Data Auditoria 12/09/2020	CPF Auditor 123456789	CNS Auditor 123456789

CONFERE COM ORIGINAL

Em **26/10/2020**

Ass.: **[Assinatura]**

Guia *Desospitalização: 22/09/20*

 SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO 01/05/70	
11 - NOME DA MÃE				10 - RAÇA/COR FEMININO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 000	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				18 - UF	
				19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E					
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 FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E					
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 CAROLLINA SANT'ANA					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/09/20					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carollina Sant'ana Médica RR 2158</i>					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - Nº DO BILHETE					
41 - SÉRIE					
42 - CNPJ EMPRESA					
43 - CNAE DA EMPRESA					
44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019					
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/10/2020					
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>gfe</i>					

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020
Ass: [Assinatura]

Alergia dipnosa!

L.356

MODELO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	11/9/2020	DIH	11/09/2020	DN	1/5/1970
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	FX/LX-BENNETT-MÃO-D <i>Ex ou 4º e 5º MCP e platô tibial</i>				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
	<i>qual</i>	LEITO	356	DATA	12/9/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE - <i>líquida pastosa, portanto líquidos</i>				SNB
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV ACM <i>agua</i>				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6h
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H <i>alergia!</i>				<i>06/12/18/24</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8 MG 1 AMP EV DE 12/12				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				<i>06/14/22</i>
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				<i>06/06</i>
14	SSVV + CCGG				
15	Curativo Diário				
16	<i>banda atômica</i> 500mg (VO) 6/6h x 6 x 24h				
17					
19					
20	<i>losartana</i> 50mg (VO) 12/12h				<i>06/10/24</i>
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 VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	140x90	49	—	36,2
12 H	140x90	53	—	36,5
18 H	140x90	56	—	36,8
24 H	150x90	52	—	36,4

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2172
Lorena Miranda de Aquino (Res Ortop)
CRM/RR 20360 725 TE
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Assinado digitalmente por
Técnicos de Enfermagem
CBOEN - PA 001.102.001 TE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: *[Assinatura]*

CONFERE COM ORIGINAL

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXY4 KWVS4 BQHZ6 SENG




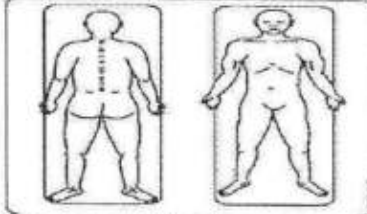
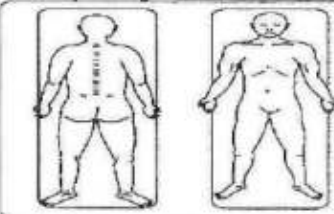
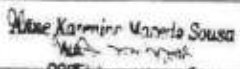
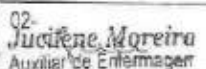
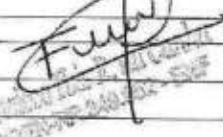
SAE-SISTEMATIZAÇÃO D' ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

[illegible]

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA
<p>Paciente no leito apresentando desconforto de face, MGC, MIE imobilizado FFO, aceita dieta líquida, queixas de dor generalizada. Feito abalço com fêmea observação.</p> <p><i>Carla Soares de Moraes</i> Enfermeira Assistente Social</p>		<p>PA 144x87 FC 70 Tax 34.5% PA 144x87</p>	
TARDE:		TARDE:	
DATA / HORA		DATA / HORA	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
CONFERE COM ORIGINAL		Paciente apresenta no leito, com consciência, referir-se sentir dor, com medicações FFO, realizado higiene e curativo, PA e verificação SSV. Segue com cuidados de enfermagem.	
DATA / HORA		DATA / HORA	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
NOITE:		NOITE:	
DATA / HORA		DATA / HORA	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
CONFERE COM ORIGINAL		Paciente no leito com acompanhamento, aceita dieta, 14 pontos. Foram dados ao paciente curativos e SSV com. Segue com queixas de dor no momento e com cuidados de enfermagem.	
DATA / HORA		DATA / HORA	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	
CONFERE COM ORIGINAL		CONFERE COM ORIGINAL	
DATA / HORA		DATA / HORA	
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO - TÉCNICO ENFERMAGEM:	

Em 26 10 2020
Ass. SJ

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 356 33			

Nome: <u>Marta Pereira</u>			
DATA: <u>13/09/20</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MDE</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  COREN-RR 453.554		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  COREN-RR 453.554	
OBS:  COREN-RR 453.554		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.

Em 26/10/2020

Ass.: [Assinatura]

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	14/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				5
5	PARACETAMOL 500MG VO 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 SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				10:14(18:22)02
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
<p>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</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>#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</p>					
<p>SINAIS VITA PA FC PB E TEMP</p> <p>6 H 130/90 82 + 36,4</p> <p>12 H 150/90 70 + 36,4</p> <p>18 H 160/100 83 + 35,4</p> <p>24 H 110/100 82 + 36,4</p>					

Zenília Fontenele
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 928.66

Marta Helena Almeida
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 951.805


Flávia Cruz da Trindade
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 956.62

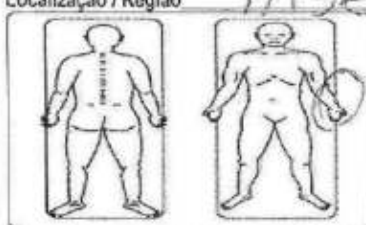
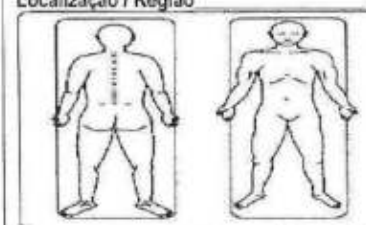
Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1281

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/10/2020

Ass:

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 33		

Nome: <u>MARTINA PEREIRA</u>			
DATA: <u>4/09/20</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MSE</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Eber dos Santos</u> <u>Téc. em Enfermagem</u> <u>COREN-RR 250239</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Francine G. dos Santos</u> <u>Téc. em Enfermagem</u> <u>COREN-RR 326.272</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rosa Girele Gomes</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-RR 353.556</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 26 / 10 / 2020

Ass: Sf

KX em unum
Pentônio!
356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	15/9/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 E
5	PARACETAMOL 500MG VO 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 SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				18/20 SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
12 H	120x55	84		35,8
18 H	130x11	81		35,8
24 H	160/100	97		36,2
	130/77	93		36,1

DC

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

Vanderlei de S. Conceição
COREN-RR 966.268 - TE

Ednaira A. Alves Ferreira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.475.344
Ednaira

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ:	DATA / HORA :	MANHÃ:	DATA / HORA :
		<p>Presente no kit. avistado. Dado bom no kit. e feita a troca de arroso. Vendo. Pido SSU e feita mudança do litário no mto para o lado dos da equipe.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Edna A. Alves Técnica de Enfermagem COREN-RR 001.475.344</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM:</p> <p>DATA 15/09 HORA :</p>
		<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA :</p>	<p>TARDE:</p> <p>DATA 15/09 HORA :</p> <p> Per+ mo litto, repenido SSU, Am medi- coris e mo bonario da ténari, Am quiron Ague do unidades da onden- magem. </p> <p><i>[Assinatura]</i> Edna A. Alves Técnica de Enfermagem COREN-RR 001.475.344</p>
		<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA :</p>	<p>NOITE:</p> <p>DATA / HORA :</p> <p>CONFERE COM ORIGINAL</p> <p>Em 26/10/2020</p> <p>Ass: <i>[Assinatura]</i></p>
		<p>ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA :</p>	<p>ASS. E CARIMBO- TÊC ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA :</p>

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
	LEITO	356	DATA	16/9/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6 ^h
5	PARACETAMOL 500MG VO 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 SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 ^h 20 ^h
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 ^h 20 ^h
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	hidroclorotiazida 5mg VO 1x/dia				08 ^h
16					
17					
19					
20					
22					
23					
<p>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</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>#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</p>					
<p>SINAIS VITA PA FC FRD E TEMP</p> <p>6 H 120/80 82 + - 35.7</p> <p>12 H 135/83 79 + + 35.8</p> <p>18 H 140/90 96 + - 36.1</p> <p>24 H 140/90 92 + + 36.0</p>					
<p>Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015</p> <p>Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124</p> <p>Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038</p> <p>Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231</p>					

Dr. João Roberto de Souza
Técnico em Enfermagem
COREN RR 001.028

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: [Assinatura]

Dr. Américo Mendes de Oliveira
Clínica Médica / Cardia
CRM RR 2530

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	17/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				20:00 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				22:00 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
<p>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</p>					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>#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</p>					
<p>Jefferson da S. Magalhães Téc. enfermagem COREN-AP 001 246.112</p>					
<p>Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 Breno Vieira (Res Ortop) Técnico de Lab. COREN/RR 4231</p>					
SINAIS VITA	PA	FC	FRD	E	TEMP
6 H	122/83	40	-	-	36,2
12 H	145/90	83	+	-	36,2
18 H	134/94	105	+	-	35,4
24 H	124/79	92	+	-	36,7

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020


Ass: 9

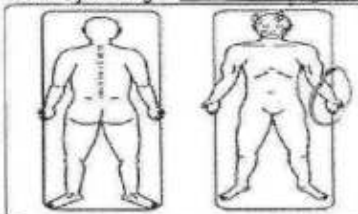
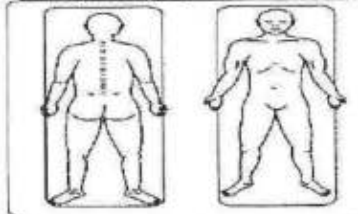
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA / HORA	MANHÃ:	DATA / HORA	
			Paciente admitido no hospital paciente em estado de inconsciência, com ausência de reflexos, com Sinais vitais: Sinais vitais normais na exatidão de observação
			Ass. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA
			ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM: DATA / HORA
			TARDE:
			Realizado exame e avaliação de horário
			Ass. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA
			NOITE:
			Paciente no leito com queixas de dores fortes no braço. Feito avaliação, continuou com dor, sendo se prescreveram analgésicos, verificando SSV e administrando os medicamentos de horário noturno
			Ass. E CARIMBO- ENFERMEIRO: DATA / HORA
			ASS. E CARIMBO- TEC ENFERMAGEM: DATA / HORA

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 2020

Ass: 57

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

Nome: <u>MATILDA FERREIRA</u>			
DATA: <u>17-03-20</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>M26</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Rose Girele Gomes</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Rose Girele Gomes</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rose Girele Gomes</u>		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rose Girele Gomes</u>	
OBS: <u>Realizado curativo oculto com cobertura primária AGE + AGE ferida com exsudato ser mínimo, hiperemático. Segue as evoluções de enfermagem.</u>		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 26/10/2020


Ass.: S.

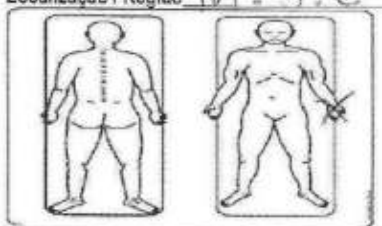
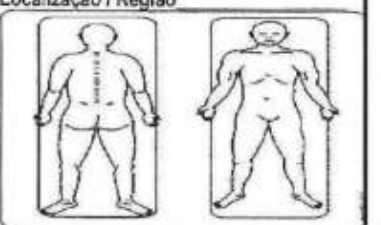
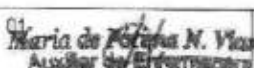
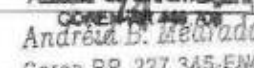
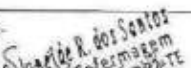
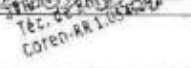
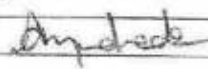
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		JOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA	
<p>ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>ASS. E CARIMBO - TÉCNICO EM ENFERMAGEM:</p> <p>DATA / HORA</p>	
<p>Paciente em ambiente adequado, bem-humorado, com a família, todos os cuidados de enfermagem em dia.</p> <p>Ass. e Carimbo: [Assinatura]</p> <p>DATA / HORA</p>		<p>Paciente em ambiente adequado, bem-humorado, com a família, todos os cuidados de enfermagem em dia.</p> <p>Ass. e Carimbo: [Assinatura]</p> <p>DATA / HORA</p>	

CONFERENCE ORIGINAL


Q606/01/92 m

Ass:

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356		

Nome: <u>Martha Pereira</u>			
DATA: <u>18/09/20</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>M.S.E</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  Coren-RR 227.345-ENF		01-  02-  Téc. de enfermagem Coren-RR 1.054.024-TE	
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.

Em 26 / 10 / 2020
Ass: 



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SESAU/SUS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Leito: 356

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE OSSOS DA MÃO
SOLICITO RISCO CIRURGICO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO
SERÁ AGENDADO PÓS RISCO CIRURGICO.

RX DE TÓRAX

NO PRONTUARIO

ECG

NO PRONTUARIO

EXAMES

INTERLIS HC

16/09/20

GRATO

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038
MÉDICO

Resposta:

Paciente com Hx de 10a
com PA = 150 x 80 mm Hg.
Hx: pressão alta (já em uso).

16/09/2020.

Luís Antônio Moreira de Oliveira
Especialista em Clínica Médica / Geriatria
CRM-RR 1510
MÉDICO


16/09/2020. Aval. de Luis Amaro.

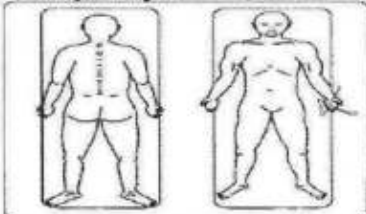
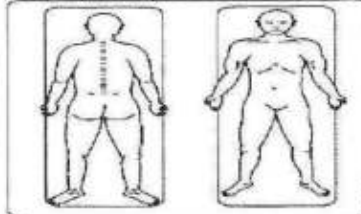

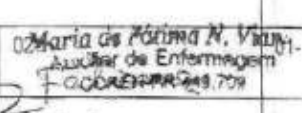
Luís Antônio Moreira de Oliveira
Especialista em Clínica Médica / Geriatria
CRM-RR 1510
MÉDICO

CONFERE COM ORIGINAL


Em 26/10/2020

Ass: (S)

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 256 30		

Nome: <u>Martha Pereira da Rocha</u>			
DATA: <u>19/09/2020</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região <u>M.S.E</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outras:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 	02- 	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.

26/10/2020
Ass: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
	LEITO	356	DATA	20/9/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				(6)
5	PARACETAMOL 500MG VO 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 SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
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:

#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 VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107x70	94		35.1°C
12 H	130/70	120		35°C
18 H	140/80	103		36.6
24 H	100x60	101		36

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

João de Almeida Barbosa Filho (Res Ortop)
CRM/RR 218

João de Almeida Barbosa Filho (Res Ortop)
CRM/RR 245.335

Bruno Viana (Res Ortop)
CRM/RR 1231

Andréia B. Medrada
Coren-RR 227.345-ENF

Andréia B. Medrada

João de Almeida Barbosa Filho
Técnico de Enfermagem
CRM/RR 001.033.751-TE

João de Almeida Barbosa Filho
Técnico de Enfermagem
CRM/RR 001.033.751-TE

CONFERE COM ORIGINAL


Em 26/10/2020

Ass: *[Assinatura]*

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: 01

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

Nome: <u>MATHEUS PEREIRA</u>		Localização / Região: <u>MSB</u>	
DATA: <u>20/09/20</u>	<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escalo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Francineia G. dos Santos</u> Téc. em Enfermagem COREN - RR 348.982	<u>Edilene da Silva</u> Téc. em Enfermagem COREN - RR 348.982	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	<u>Francisco Luis B. da Cunha</u> COREN-RR 348.982 - ENF		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 26 / 10 / 2020

Ass.:



356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO		PO LESAO TEND EXT PÉ E			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	21/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 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 SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
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:

#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 VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	82	16	36,2
12 H	129/67	94	16	36,4
18 H	110x80	89	16	36,2
24 H	150x80	92	16	36,4

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

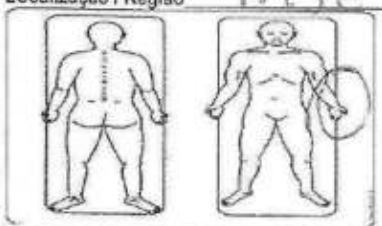
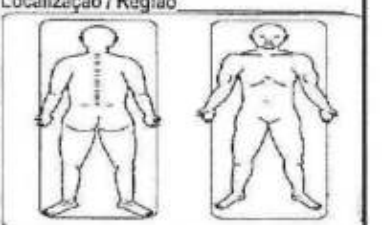
Antônia Mayara Aguiar de Sousa
Técnico em Enfermagem
COREN RR 007.368.467

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass: [Assinatura]



DATA /

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 30		

Nome: <u>Marta Pereira</u>			
DATA: <u>21/09/20</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MSE</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>Fraqueza dos Santos</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>João</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Andréia B. Medrada</u>		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>João</u>	
OBS: <u>Andréia B. Medrada</u> Coren-RR 227.345-ENF <u>Andréia</u>		OBS: <u>CONFERE COM ORIGINAL</u> Em <u>26/10/2020</u> Ass.: <u>SJ</u>	

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.

356


SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E + FX DE PLATO TIBIAL				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
	LEITO	356	DATA	22/9/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 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 SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16	Desbopiridolizacoo				16:30
17					
19					
20					
22					
23	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 280-250: 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:					
<p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS</p>					
<p>Lael Silva (Res Ortop)</p> <p>CRM/RR 2015</p> <p>Loamir Viana (Res Ortop)</p> <p>CRM/RR 2124</p> <p>Don Martins (Res Ortop)</p> <p>CRM/RR 2038</p> <p>Bruno Vieira (Res Ortop)</p> <p>CRM/RR 1231</p>					
SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	120/70	80		36°C	+1
18 H					
24 H					

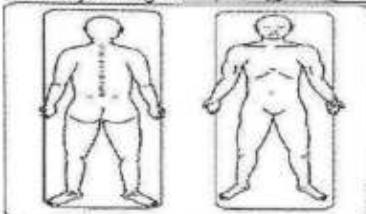
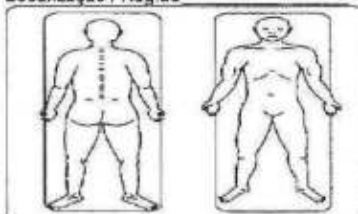
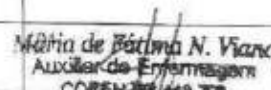
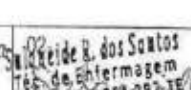
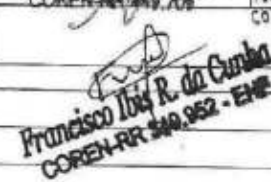

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass: 

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356		

Nome: <u>martha pereira</u>			
DATA: <u>22/09/20</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região <u>M.S.E</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 1449.709		01-  Alexandre B. dos Santos Técnico de Enfermagem COREN-RR 1.054.252-15	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro  Francisco Ildi R. da Cunha COREN-RR 140.952 - ENF		02- OBS: CONFERE COM ORIGINAL Em 26/10/2020 Ass: 	

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.



SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

DATA 12/09/2020

1.1 - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME: <u>Martha Pereira</u>		
MÃE: <u>Gilma Pereira da Rocha</u>		
PAI: <u>Anselmo Marques</u>		
DATA DE NASC.: <u>01/05/1970</u>	IDADE: <u>50</u>	Nº SUS:
ESCOLARIDADE: <u>Médio completo</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	
COR/ETNIA:	NATURALIDADE: <u>Bom Vista</u>	
CPF:	RG:	
ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	OCUPAÇÃO: <u>Doméstica</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Rio Cipari, 278 - Prof. Caracelis</u>		
MUNICÍPIO:		
TELEFONES ÚTEIS: <u>91159-4458 / 99177-6598 - esposa</u>		
DIAGNÓSTICO:		LEITO: <u>356</u>

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME	<u>Renismaira Melo (esposa)</u>
TELEFONE	

OBS: Solicitar cópia dos documentos: CPF, RG, CNS e COMPROVANTE DE ENDEREÇO e anexar.

1.3 - ANOTAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)



Paciente: Martha Pereira Da Rocha	Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade: 50 ANO
Documentos:			
Solicitação: 70026527	Número Interno:	Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231	
Origem: HC	Setor: BLOCO 3B	Leito: 356	
Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10			

Resultado de Exame

Amostra: 7002652701

Liberação: 14/09/2020 08:35:41

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	11.2 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0.93	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	29.1 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	-	0.0 - 1.25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100 %	70.0 - 100.0 %

Notas

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

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



Joseane dos Santos Alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810

Responsável Técnico: Elisângela Souza da Silva Andrade - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 821

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Data de Impressão: 09/22/2020 15:20:36

(*) Retificado

Página 1 de 3





Paciente: Martha Pereira Da Rocha	Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade: 50 ANO
Documentos:			
Solicitação: 70026527	Número Interno:	Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231	
Origem: HC	Setor: BLOCO 3B	Leito: 356	
Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10			

Resultado de Exame

Amostra: 7002652703

Liberação: 14/09/2020 08:04:26

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA


	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	12.96 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	78.30 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	16.20 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.27 x10 ⁶ /uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.20 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	38.90 %	40.0 - 50.0 %
VCM	91.10 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	30.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.90 g/dL	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	12.30 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	43.00 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	243.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.20 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.90	9.0 - 17.0
PCT	0.224 %	1.08 - 2.82 %


Valdislene Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 436

Responsável Técnico: Elisângela Souza da Silva Andrade - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 821

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Data de Impressão: 09/22/2020 15:20:36

(*) Ratificado

Página 3 de 3





Paciente: Martha Pereira Da Rocha		Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade: 50 ANO
Documentos:				
Solicitação: 70026527	Número Interno:	Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231		
Origem: HC		Setor: BLOCO 3B	Leito: 356	
Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10				

Resultado de Exame

Amostra: 7002652702

Liberação: 14/09/2020 08:42:23

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

Resultado

Referência

CREATININA

0.53 mg/dL

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

Referência

GLICOSE BASAL

125.27 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

Referência

URÉIA

22.15 mg/dL

15.0 - 40.0 mg/dL

joseane dos santos alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810

Responsável Técnico: Elisângela Souza da Silva Andrade - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 821

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Data de Impressão: 09/22/2020 15:20:36

(*) Retificado

Página 2 de 3





AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



NOME: Martha Pereira de Rocha

IDADE: 356 anos

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrcardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$	()
- $K < 3$ mEq/L	()
- $HCO_3 < 20$ mEq/L	()
- Uréia > 100 mg/dl ou Creatinina > 3 mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intraoperatória, Intratorácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

CLASSE	RISCO DE COMPLICAÇÃO	RISCO DE ÓBITO
I (0-5pts)	0,7%	0,2%
II (6-12pts)	5,0%	2,0%
III (13-24pts)	11%	17%
IV (>25pts)	22%	56%

H.D.A.: Fratura platis tibial + fratura osso de mão

H.P.P.: HAS de 30a - LST 50mg 2x/dia. + METZ.

Migra DM.

Cirurgias prévias: listo ovario; HTA; via. ortop. MSE. Alça de pino

H.FAM.: pai e mãe HAS e DM

Tabagismo: 0

Etilismo: 0

Exame físico: supine

A.C.: RR 20 bpm 61. 10pm

PA: 130 x 80 mmHg FC: 68 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 13.2 g/dl; Ht 38 %; Leucócitos 12.960 PLT 243.000;

- TC - TS - TAP 11.2 INR 0.9

- Glicose: 105 Uréia: 22 Creat: 0.5 TGO: - TGP: -

Radiografia de Tórax: ILT 0.5

ECG: RS, ST @

Comentários:

Boa Vista/RR, 18/09/2020.

Leila Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica/Cardi
RR 1550
Assinatura

33-356
Mantida Rótula na Roupa

Soluto

ECC

13/08/2020



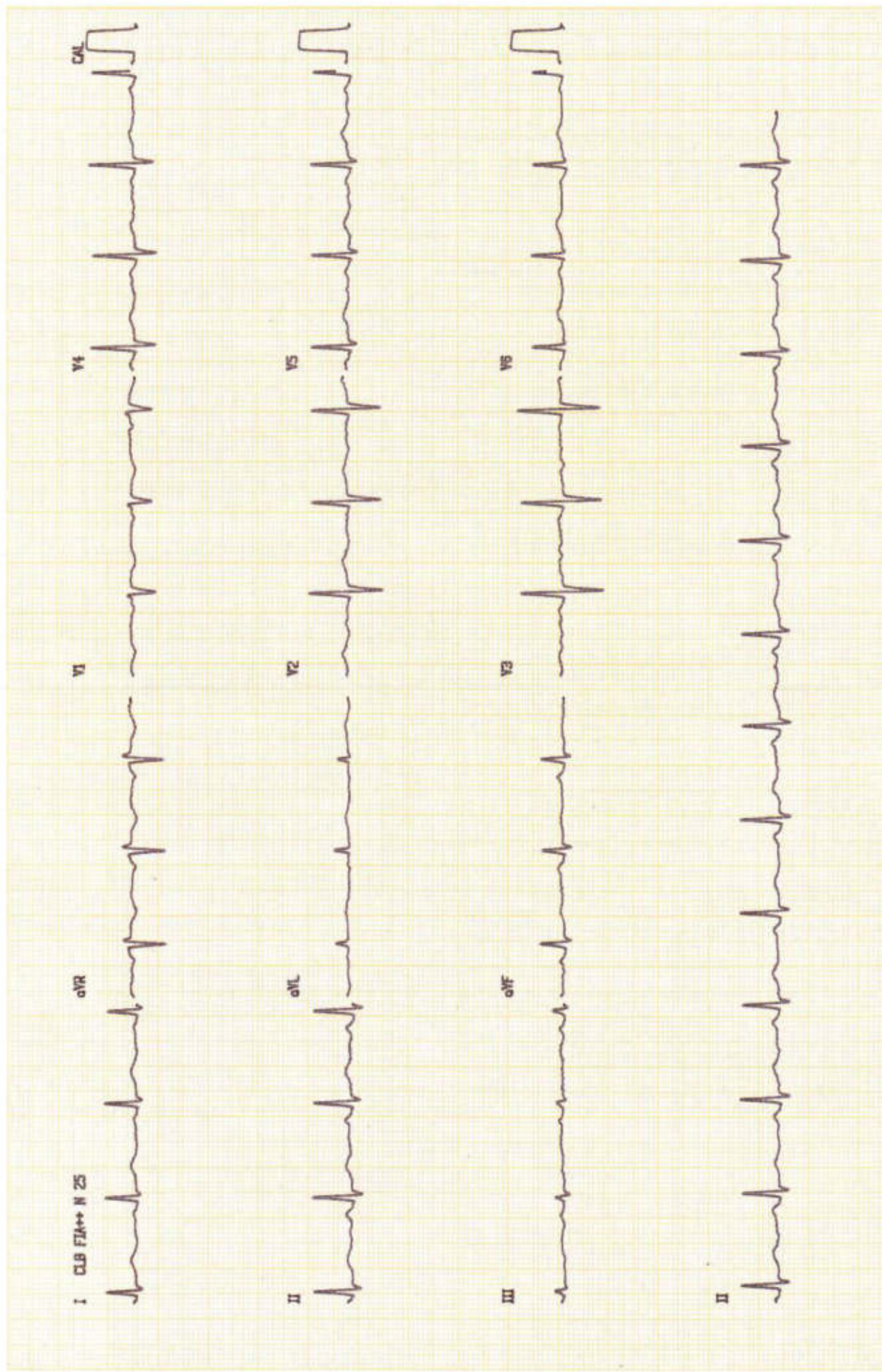
Dr. Bruno Vieira de Lima
CRM-RR 1231
CNS 980016287984622



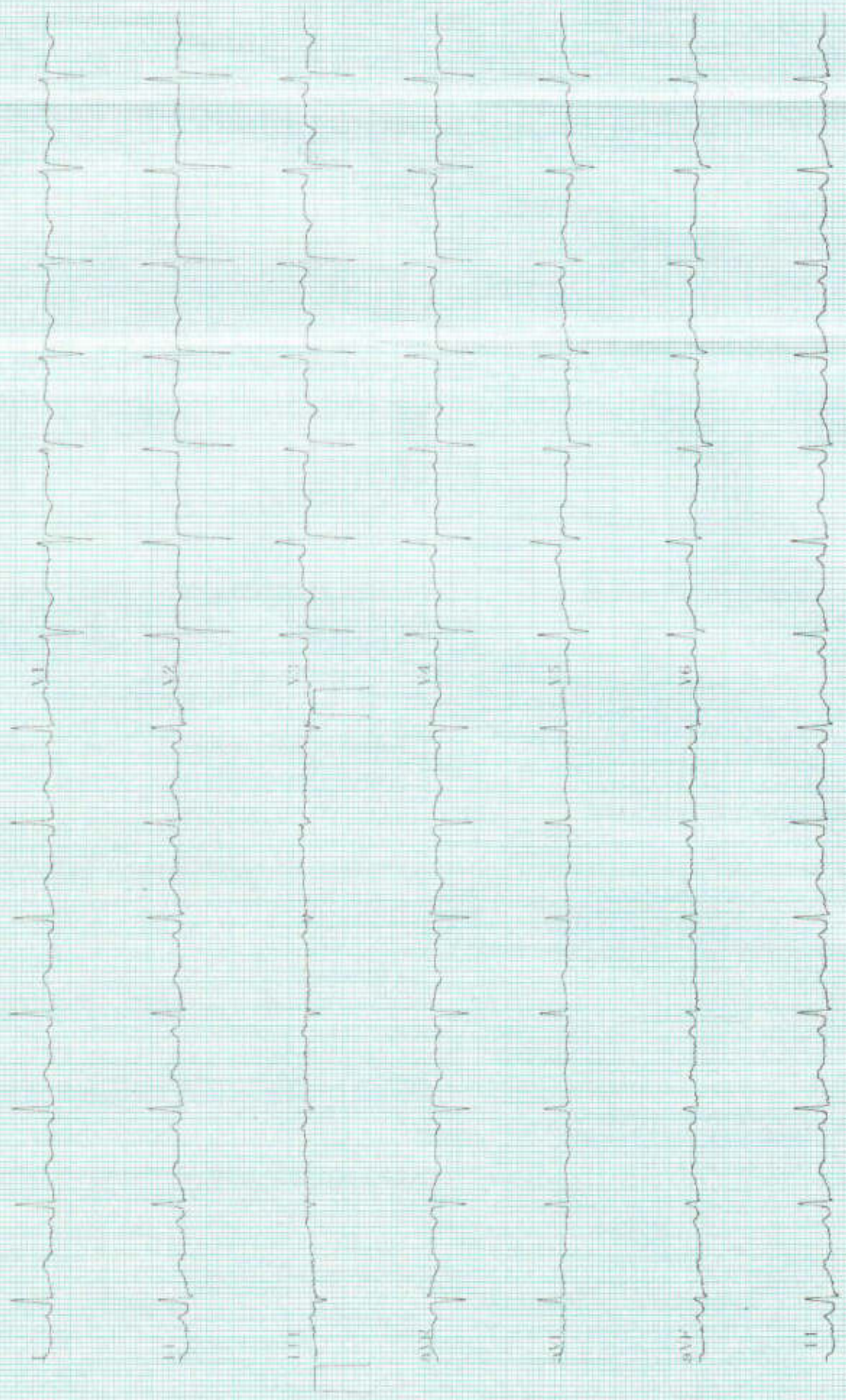
Martha Pereira

Leito: 356

13 SET. 2020



2020-09-12 01:18:22
ID: 1
Nome: *Marcelo*
Adm: /
Cid: /
End: /
FC: 85b
PR: 150 mm
QRS: DuF: 76 ms
QT/QTc: 304/472 ms
Eixo: P-R-T
53 16 21
6 Canais + Ritmo
de Resultado da Análise: (Deve ser confirmado pelo médico)
Ritmo Sinusal Normal
Eixo Normal
ECG Normal

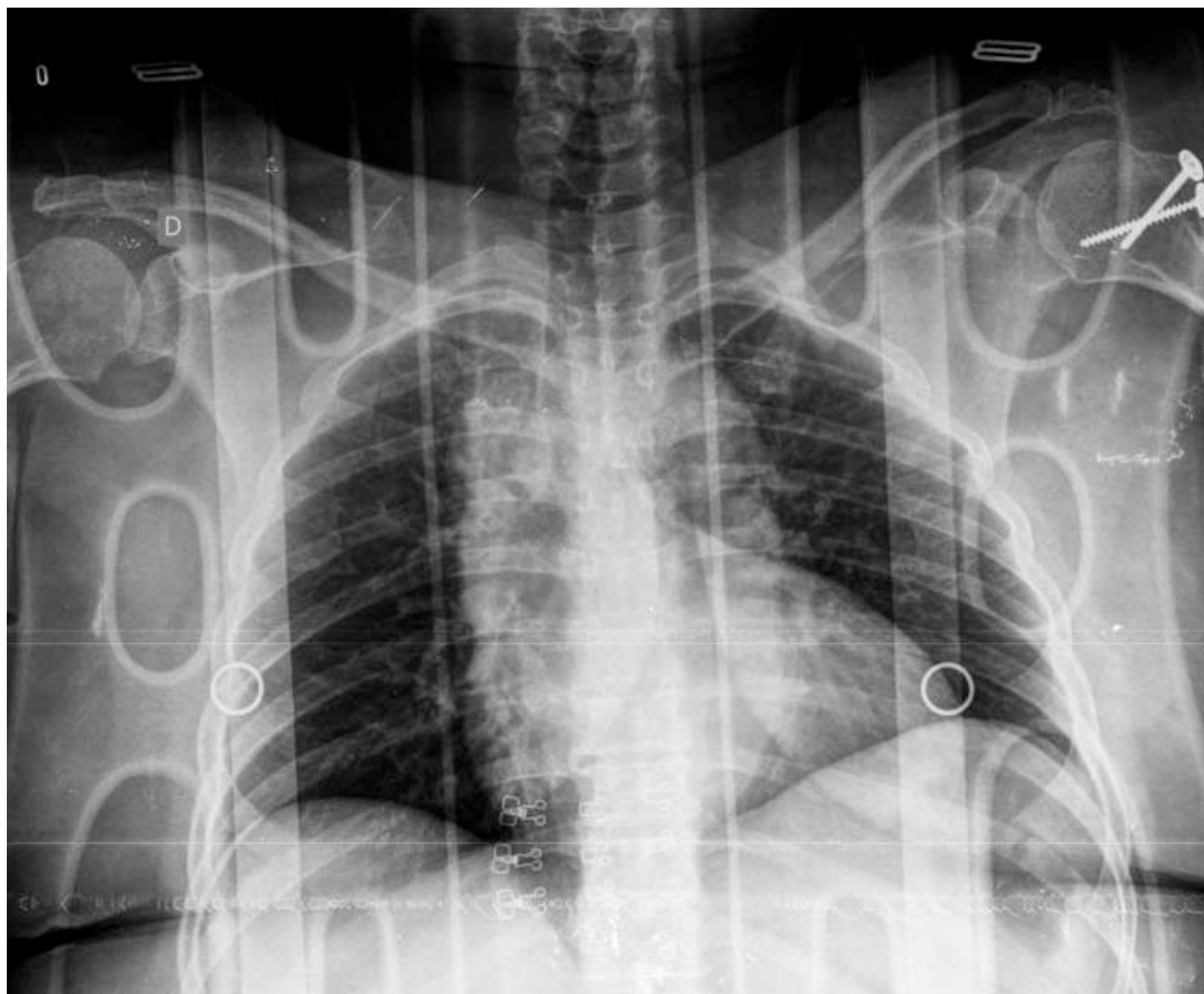


0.1Hz - 100Hz, CA60Hz.

Todos os Canais: 10, 0mm/s, V, 25, 0mm/s, seg.

AG2000 Ver 5.13N.30 Biomet Co., Ltd.

Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:48 Torax AP



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:51 Torax AP

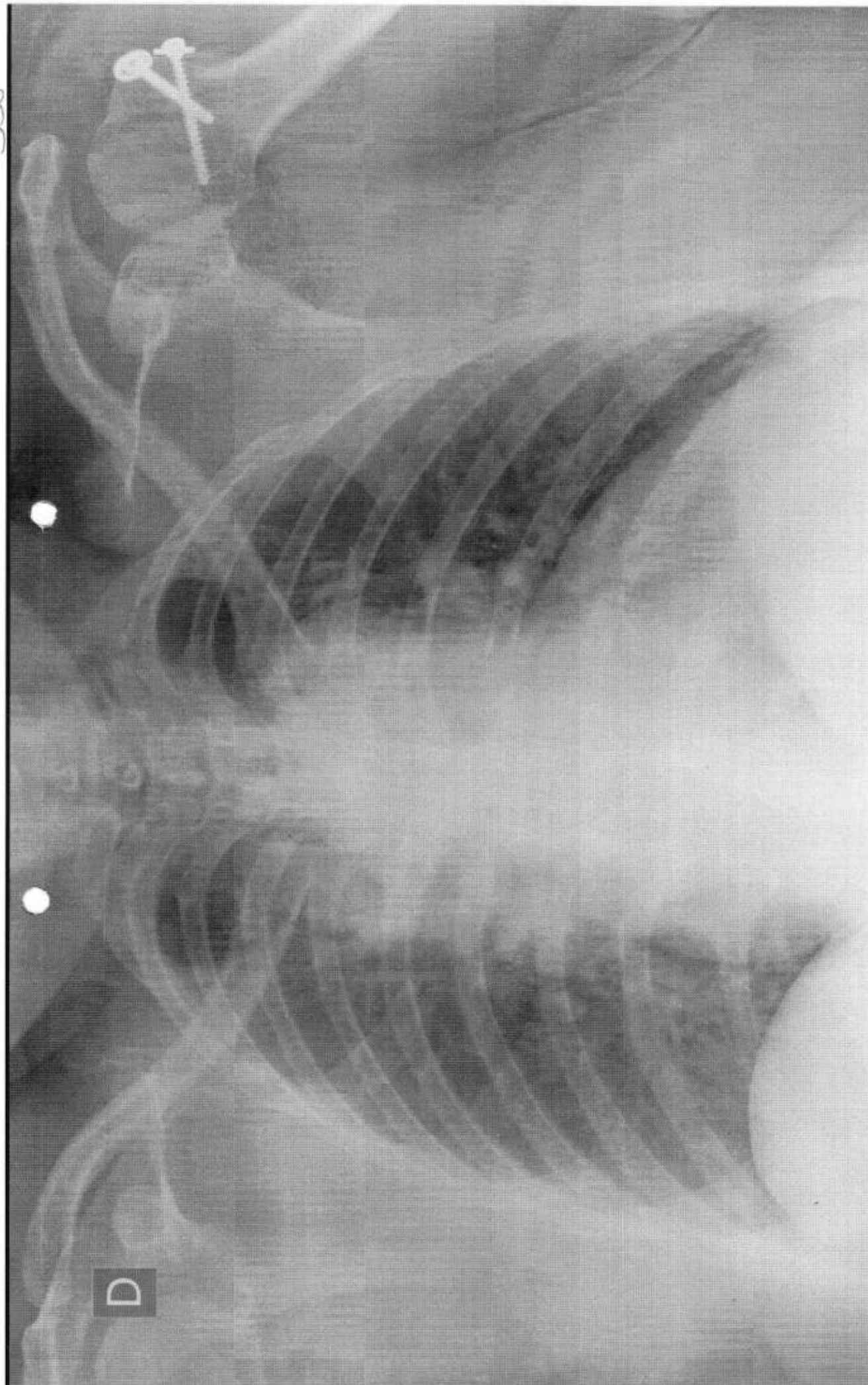


Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:51 Torax AP



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 12/09/20 - 01:07 Torax AP





MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 356
Data: 13/09/2020

Nr:
Tec: ALILSON
73,5 %



356

D

MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 3161
Data: 15/09/2020

Nr: LEITO 356
Tec: SAMARA LUISE 68,0 %



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: PJXY4 KWVS4 BQHZ6 SENG



73,5 %

Nr: 3207

Tec:



73,5 %

ID: 50

Data: 17/09/2020

MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

356





79,4 %



79,4 %

MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 50
Data: 17/09/2020

Nr: 3207
Tec:

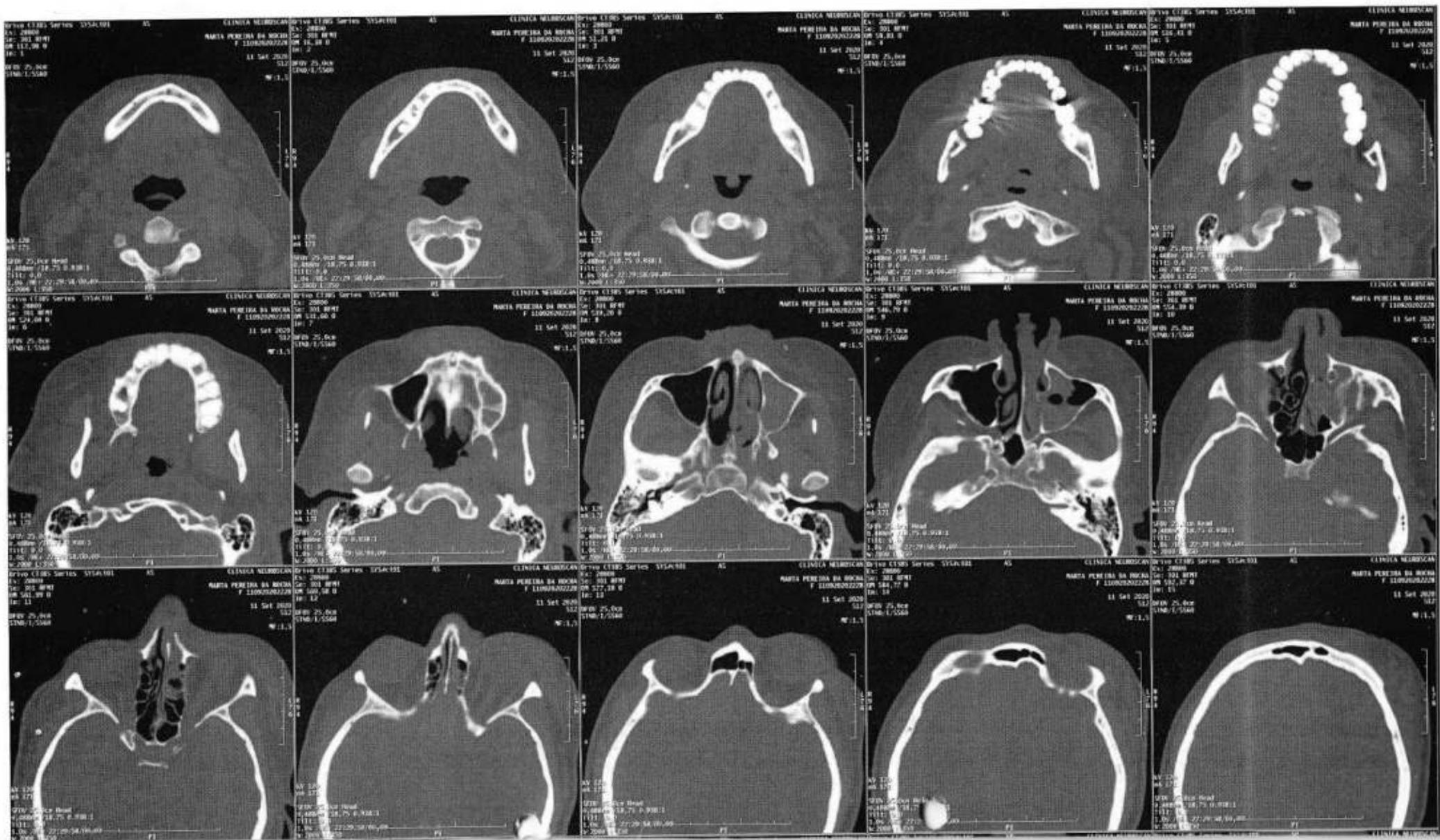
356

Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Santos Melo [HGR-3129306282]
Study: 22/09/20 - 10:02 Torax PA



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Santos Melo [HGR-3129306282]
Study: 22/09/20 - 10:03 Torax PA





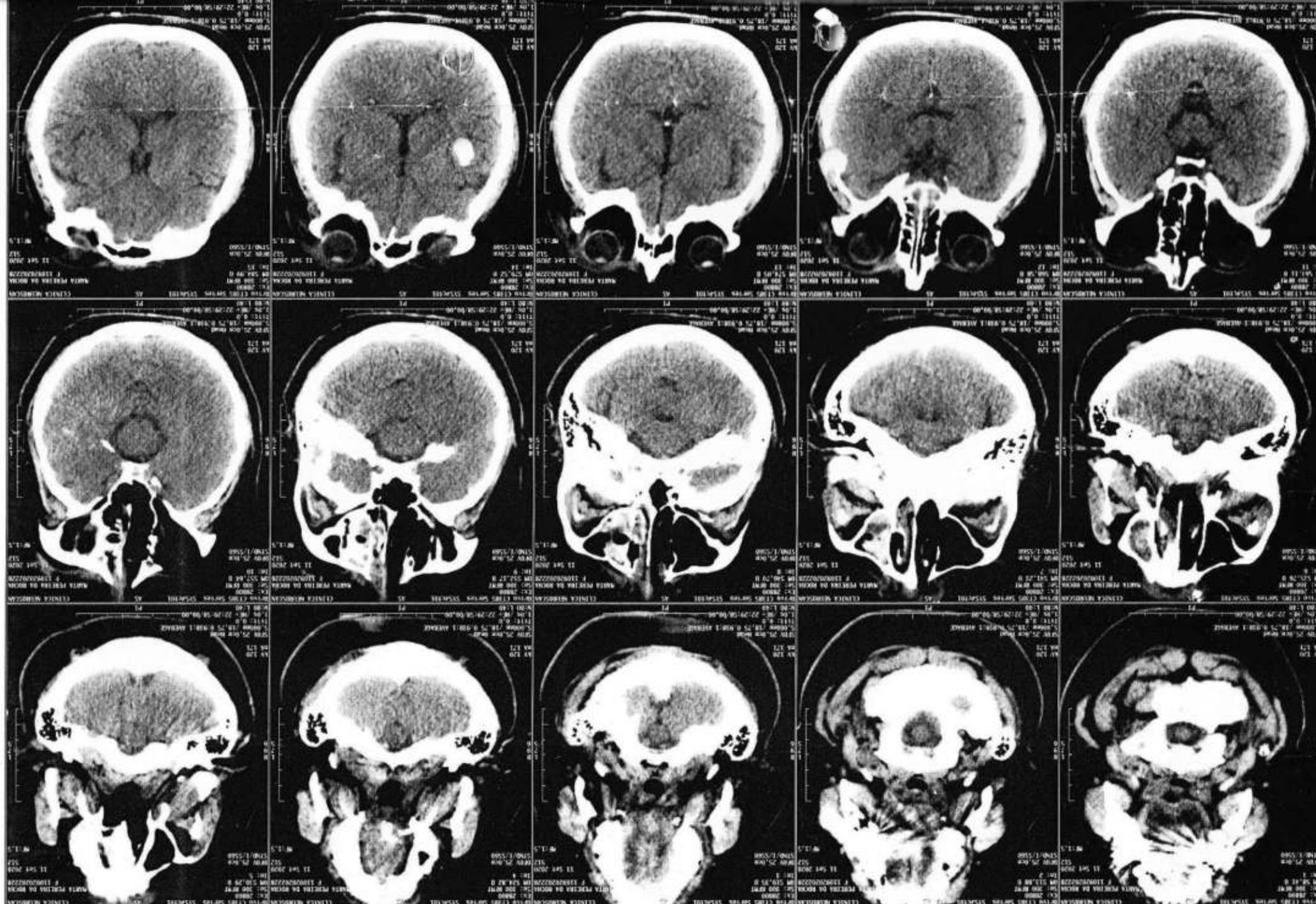


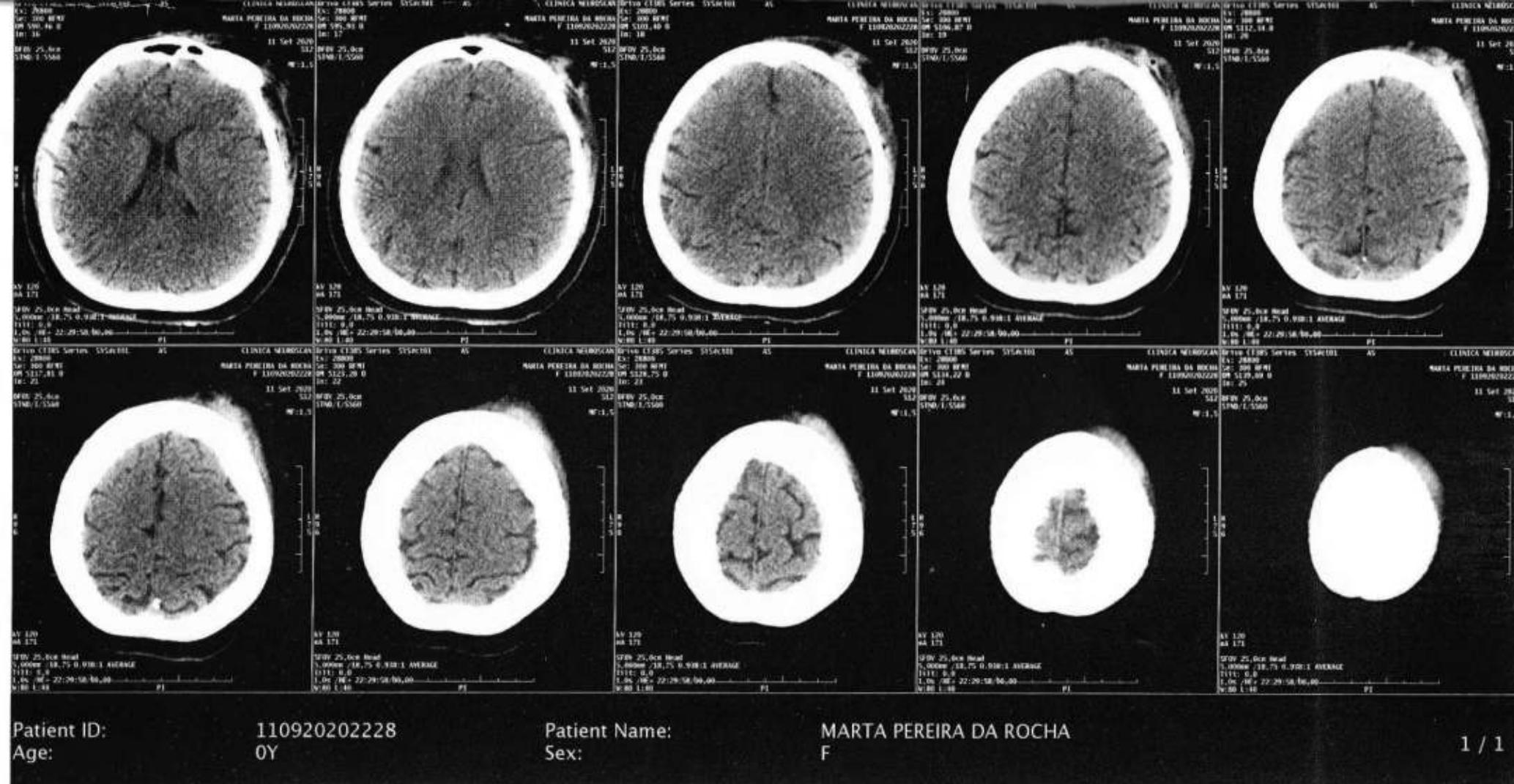
Patient ID: 110920202228
Age: 0Y

Patient Name: MARTA PEREIRA DA ROCHA
Sex: F

1/1









TRABALHADOR	
<p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR</p>	
<div><div>MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO</div><div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div><div><div>123.46160.69-7</div><div>3759919</div><div>0050</div><div>RR</div></div><div><i>Martha Pereira da Rocha</i> ASSINATURA DO TITULAR</div><div></div></div>	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
<div><div>ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ</div><div>Polgar Direito</div><div></div></div> <div><i>Martha Pereira da Rocha</i> ASSINATURA DO TITULAR</div> <tr><td colspan="2">CARTEIRA DE IDENTIDADE</td></tr>		CARTEIRA DE IDENTIDADE	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

80433

NOME
MARTHA PEREIRA DA ROCHA

DATA DE
EMISSÃO

09/12/2004

DATA DE NASCIMENTO
01/05/1970

BOA VISTA - RR

DOC ORDEM

CERTO NASC 9.516 FLS 83

LIV 09

BOA VISTA - RR

804 VISTA - RR

302.004.812-04

2 VIA

Rita de Cassia Dólmio de Araújo
Diretora de JOC

LEI Nº 7.146 DE 29/08/93

P 1

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FACTOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
2644045	0000	RR	07/12/04
02/02/17			
Waldemarinha Rosa da Silva			
Agente de Portaria			
MAT/SIAPE 0250669			
DATA DE ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO DE IDENTIFICAÇÃO		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO DE IDENTIFICAÇÃO		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DE ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÍRCULO DE IDENTIFICAÇÃO		

06

CONTRATO DE TRABALHO

18.238.623/0001-62	
EMPREGADOR	G. Almeida Lacerta - ME
COC/CPROB	Rua Beneditino Fernando Magalhães - n.º 2769
ENDEREÇO	Tancredo Neves CEP: 69.313-485
MUNICÍPIO	Bos Visto RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Serviços Zilvers
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	17 de março de 17
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	R\$ 957,00 (novecentos e cinquenta e sete reais)
	Gildemberg Almeida Lacerta
EMPRESÁRIO	
DATA DE SAÍDA	31 de agosto de 2017
	Gildemberg Almeida Lacerta
EMPRESÁRIO	
COM. DISPENSA CO Nº	
PCTS Nº DA CONTA	

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: LIVIO VASCONCELOS DE FREITAS

CNPJ: 32.794.839/0001-35

Endereço: RUA EMBAUBA Nº 140

Bairro: PARAVIANA

Município: BOA VISTA UF: RR

Esp. Estabelecimento: COMERCIAL

Cargo: SERVIÇOS GERAIS CBO:52.1135

Colaborador: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Admissão: 07/03/2019, Cadastro: 01

Remuneração Específica: R\$ 1.000,00 (HUM MIL REAIS)
por MÊS.

Ass. do Empregador ou a Rogo C/Testemunha

Livio Vasconcelos de Freitas

DATA DE SAÍDA 23 Setembro DE 2020

32.794.839/0001-35

Livio Vasconcelos de Freitas

Rua Embauba, nº 140, Paraviana

CEP: 69307-243 - BOA VISTA-RR

Livio Vasconcelos de Freitas 08
Titular

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

OS/CI/CI/CI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

DE

DE

REGISTRO Nº

FECH. FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA

1ª

2ª

DATA DE SAÍDA

DE

DE

COM. DISPENSA CD Nº

FECH. Nº DA CONTR.

09

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408276 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA **Data do acidente:** 11/09/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OSSOS DA FACE. P.4
FRATURA DE METACARPOS (4º E 5º) DA MÃO ESQUERDA. P.4
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P.4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P.26

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324379/20

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 382.004.812-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRE CARLOS ISRAEL : 737.228.552-68

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

MARTHA PEREIRA DA ROCHA : 382.004.812-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2020
Nome: ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 737.228.552-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANDRE CARLOS ISRAEL

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**

NACIONALIDADE: BRASILEIRA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

CPF: 382.004.812-04 RG: 80433 SSP/RR PROFISSÃO: DESEMPREGADA

DATA DE NASC.: 01/05/1970 CONTATO: (95) 99159-4458

ENDEREÇO: RUA RIO APIAU, Nº 278

BAIRRO: PROF ARACELI SOLTO MAIOR CEP: 69.315-016 CIDADE: BOA VISTA

VITIMA: **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**

CPF: 382.004.812-04 DATA DO SINISTRO: 11/09/2020

NATUREZA: INVALIDEZ PERMANENTE

OUTORGADO:

ANDRÉ CARLOS ISRAEL, brasileiro, advogado OAB/RR nº. 2045-N, inscrito no RG nº 209.532 SSP/RR, emitido em 19/12/2015, CPF/MF nº 737.228.552-68, residente e domiciliado na Rua Vereador Manoel Joaquim Martins, nº 736 – Silvio Botelho, CEP 69.314-563, Boa Vista – RR.

PODERES:

Para requerer seguro DPVAT por INVALIDEZ PERMANENTE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados bancários para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista – RR, 24 de setembro de 2020.



Martha Pereira da Rocha
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
OUTORGANTE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324379/20

Vítima: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

CPF: 382.004.812-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDRE CARLOS ISRAEL : 737.228.552-68

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

MARTHA PEREIRA DA ROCHA : 382.004.812-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2020
Nome: ANDRE CARLOS ISRAEL
CPF: 737.228.552-68

ANDRE CARLOS ISRAEL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

