

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: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória										
Filtros										
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>										
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11										
500 por pág. 1										
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por							
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO										
11	22/01/2021 17:13:22	Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador							
11.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2777336CONTESTACAO01.pdf Público 11.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2777336CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf Público										
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA										
10	22/01/2021 00:00:51	(Pelo advogado/curador/defensor de MARTHA PEREIRA DA ROCHA) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ							
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA										
9	12/01/2021 15:52:54	(Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 21/01/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021) e ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador							
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO										
8	11/01/2021 12:19:39	Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária							
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO										
7	11/01/2021 12:19:39	Para advogados/curador/defensor de MARTHA PEREIRA DA ROCHA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (11/01/2021)	ADILVANE BORSATTO Analista Judiciária							
CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE										
6	11/01/2021 11:15:49	JARBAS LACERDA DE MIRANDA Magistrado								
5	18/12/2020 10:23:58	SISTEMA CNJ								
4	18/12/2020 10:23:58	SISTEMA CNJ								
3	18/12/2020 10:23:58	Registro de Distribuição								
2	18/12/2020 10:23:58	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 4ª Vara Cível								
CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL										
RECEBIDOS OS AUTOS										
REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR										
DISTRIBUÍDO POR SORTEIO										
4ª Vara Cível										
JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL										
ANDRÉ CARLOS ISRAEL Advogado										



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

Rio de Janeiro, 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:

- 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 16336310



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: 4 - Nome completo da vítima:
382.004.812-04 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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **5076** B CONTA: **23.281** 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a crédito 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vá raspar)? 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Marta Pereira da Rocha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FIs: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 ATRIBUIDA (ART. 305 DA LEI 9.503/1997)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

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

Documento(s)

RG: 47867 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA COMETA

Nº: 1166

Bairro: Raíar do Sol

Telefone: (95) 99119-3912 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)	
Nacionalidade: Brasileira	

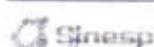
Nome Civil: MARTHA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA (AUSENTE))	
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino
Profissão: Do Lar	Nasc: 01/05/1970
Estado Civil: União Estável	Idade 50
Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha	Naturalidade: Boa Vista - RR
	Nome do Pai: Anselmo Marques da Rocha

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	Subgrupo Placa de Veículo
Descrição Placa automotiva NUH-9217	Número de Série NUH-9217
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Apreendido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição 01(UMA) MOTOCICLETA BIZ DE COR PRETA, PLACA NAP-4437	CPF/CNPJ do Proprietário 163.976.902-10
Placa NAP4437	Renavam 01091883600
Número do Motor JC70E0G125999	Número do Chassi 9C2JC7000GR125963
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 22/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS - RENAINFO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Martha Pereira da Rocha	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 365.533.953-49	Placa NUH9217
Renavam 01137258389	Número do Motor 552771353228214
Número do Chassi 98822611XJKB65469	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Número da Carroceria 92250232	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1,00 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 20/09/2019	Situação do Veículo RENAINFO - 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 42000814
Responsável pelo Atendimento

Ermelinda Souza Pereira
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denúncia falsa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
2 - 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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSCI INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **5076** CONTA: **23.281** 5

(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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vá raspar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

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

Martha Pereira da Rocha

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

 <p>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</p>	<p>CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520</p>	
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 RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO 10	DESCRIÇÃO NAO MEDIDO		Nº DA CONTA 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.	MÊS/ANO	CONS.
08/2020	10	07/2020	10	06/2020	10	05/2020	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 N° 5440/2005 G.M

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

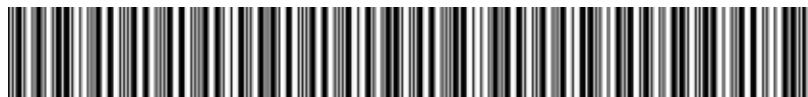
Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14º Região

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



RORAIMA ENERGIA
Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Gómez, 491 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.347.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-2
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ/RR/013

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO**
0065119-2

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	Próxima leitura:	14/10/2020
Emissão:	11/09/2020			Apresentação:	14/09/2020
				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 RESERVADO
Leit. Atual	262				
Leit. Anterior	0				
Constante	1,4000				
Resíduo	127				
Médido	262				
Faturado:	389				

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

OUTRAS INFORMAÇÕES	HISTÓRICO DE MEDAÇÃO
0065119-2	0065119-2



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular 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, APPLICAR 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 PERMANENTE 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:

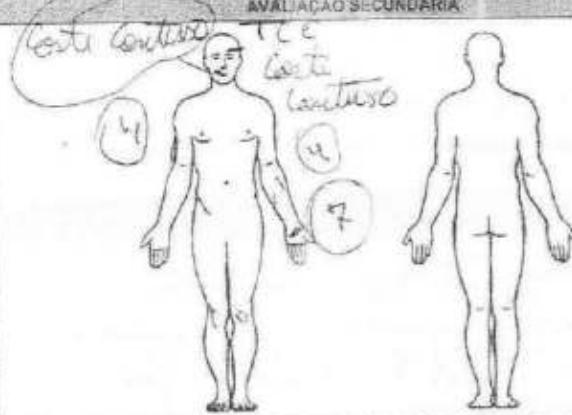
Recuso informar

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 N° 2045-N

 FOLHA DE ATENDIMENTO EQUIPE SAMU BV BRAVO I	Nº 1716		 SAMU 192			
	Paciente: <u>Monte Perú da Branca</u>	Idade: <u>49</u>		Sexo: <u>F</u>		
Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	Raça: <u>Branca</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Negra</u> <input type="checkbox"/> <u>Pardo</u> <input type="checkbox"/> <u>Amarela</u> <input type="checkbox"/> <u>Indígena-Etnia</u> <input type="checkbox"/>					
Endereço: <u>R. 31 Janmim Constanti</u>	Bairro <u>São Vicente</u>					
DATA: <u>10/01/2020</u>	HORA J/9: <u>18:10</u>	BASE: <u>VIA F</u>	RÁDIO: <u>✓</u>			
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Edilson</u>	HORA J/10: <u>18:23</u>	CELULAR: <u>✓</u>				
MOTIVO INICIAL: <u>Moto x Cidre</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 CONSTATADA						
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Agressão física / espacamento <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB				<input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Abigamento	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Urgência clínica	<input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Exame complementar <input type="checkbox"/> Outros
ACIDENTE DE TRÂNSITO				OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA
VITIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA			
<input type="checkbox"/> Pedestre <input checked="" 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 type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Círculo <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<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				AVAL. NEUROLOGICA		
VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL. NEUROLOGICA
<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"/> Eupneia <input type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia		<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> P脉so radial ausente <input type="checkbox"/> P脉so central ausente <input type="checkbox"/> Cicatriz central: <input type="checkbox"/> Extremidade		<input type="checkbox"/> Mioses <input type="checkbox"/> Miorese <u>A</u> <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> IE <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
SINAIS VITAIS E ESCORES				Glasgow		
Hora	P.A mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia
Inicio: <u>18:40</u>	<u>140 x 90</u>	<u>150</u>	<u>20</u>	<u>97%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
Fim: <u>18:50</u>	<u>110 x 90</u>	<u>115</u>	<u>20</u>	<u>92%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA						
LESÃO IDENTIFICADA		 <u>Corte Contuso</u> <u>1 e 2</u> <u>Corte Contuso</u> <u>3 e 4</u> <u>Corte Contuso</u> <u>5 e 6</u> <u>Corte Contuso</u> <u>7</u>			ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta	
1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão <input checked="" type="checkbox"/> 4 - Esconderijo 5 - Lacerção 6 - Luxação <input checked="" type="checkbox"/> 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evulsão 11 - Afundamento de crânio 12 - Fornimento penetrante 13 - Torax instável 14 - Emboilação subcutânea 15 - Fenda aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros					RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	
					RESPOSTA MOTORA 8 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta	
AVALIAÇÃO CARDIÁCA		AFECCÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA		
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> Fibração atrial		<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardivascular <input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiocetose <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso		
GRAVIDADE COMPROVADA		<u>Pequena</u>		<u>Armando J. H. Perez</u> <u>CRM: 15518/RCG: 116</u> <u>Clínica Geral</u>		
INCIDENTES		Assinatura e Carimbo Medico (Nome e Unidade de Destino)		SAMU 192-BV CONFIRME COM ORIGINAL <u>02/10/2020</u> <u>Stephanie</u> <u>Rubrica</u>		
ROP		Iniciada as: _____ Terminou as: _____		ROP com sucesso ROP sem sucesso		

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

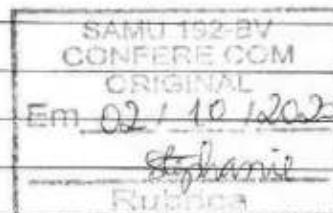
GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contracções entre 3-5 min	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante					
BGF:	<input type="checkbox"/> Contrepaços com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curetivos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotraqueostomia 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"/> Franha longa	<input type="checkbox"/> Cesáreas de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de torax	<input type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros: _____				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Celco n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____	<input type="checkbox"/> Acesso intrâósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

Estofamento diss 5 cm: 5 cap novas tala evolutive

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

FOMOS acionados p/ uma ocorrência de natureza traumática pelo Central de Emergência Vítima de colisão moto x carro. Vítima encaminhado em óbito para o BDRS com lesão no rebordo frontal da cabeça, lente contuso, entorno da mola perfurado de dentição superior. Fratura na maxila inferior, com cuspis rompidos. Realizado por cirurgião odontologista o tratamento que nos orientou a levar p/ o ST HER.



Mayara. Guerreiro
997048

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA	1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho	<input type="checkbox"/> Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja	<input type="checkbox"/> Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo	<input type="checkbox"/> Amarelo
	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> Verde
	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.	<input type="checkbox"/> Azul Ass.

2001267278	11/09/2020 18:59:36	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	38			
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
MARTHA PEREIRA DA ROCHA		01/05/1970	50 A 4 M 10 D	704808591611047	38200481204	00162020		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	80433	SSP/RR	09/12/2004	M	SOLTEIRO(A)	PARDAS	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe					Paiz		Contato	
GILMA PEREIRA DA ROCHA					ANSELMO MARQUES DA ROCHA		(95) 99123-1593	
Endereço							Ocupação	
RUA - MONTE SINAI - 360 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR							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 da 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 veicul - com

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AD. 1234 RM. 12345 MRV. 1	3456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Viciante trazido pelo seu filho de colisão veicul - com
cofe - sangue - de urina e fezes - perdeu se de si - está
exausto com os contusos na face - dor na articulação e -
suspeito de fratura (fúrcula) - escoriações de membra diária
(dor abdominal).

Hipótese Diagnóstica

Pel. hum.

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>-</i>		

- exame scnl ev - feito 20/06

- exame ur ev - feito 20/06

- exame

- exame -

Dr. Arnaldo J. H. Perez
CRM/1554/RR/RCF 176
Cirurgia Geral

CONFIRA COM ORIGINAL

28/10/2020

Shere

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Ortopedia 67

Urgente de Admitir pelo anamnese.
Ocorreu de forma traumática.

EFO: Edema na área (E) e joelho (C)

RX: Fraturas de 4º e 5º met.

Fratura da placa tubular (E)

Q: à Sals ab gesso apóis liberação
da Cir. Oral e Bucal.

Dr. Marcelo Gomes
Ortopedista Traumatologista
CRM-SP 2001 1691 16212

Cranio Bucal 23:40

Paciente vítima de acidente automobilístico politraumatizado
no momento em BPG, normocorda, eupneia, auscultação,
Glasgow 15 e com queixa alguma.

Observar FLC em supradito (E), lábio superior (E)
e maxila lateral superior.
Exames radiográficos não mostram sinais de fractura em face.
→ HDI: Trauma de Face / Contusão t FCC

CDT: - Sutura.
- Sem contusão crânica referente ao trauma de face

Bruno Araújo da Silva
Cirurgia Plástica Maxilofacial
CRÔ-RR 717

NIR

Anexo I

Termos

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	
Mon			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
Marta Penha da Rocha		162.070	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
3104810815911611098		01/08/70	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Mas. 1		Gilda Penha da Rocha	
Fem. 3			
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)	
DDD 110 Fun. 3		Mondeim	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Fx de 4º e 5º MTC e fx de plang tisico (c)			
CONFIRA 28/01/2020 Shele			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
As acima			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
Fx 4/5º MTC (c) + Plano (c)		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Intra venoso			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
		28 - DOCUMENTO	
		() CNS () CPF	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
Dr. Leandro Santar da Silveira		31 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
32 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - EMPREGADO	
() EMPREGADOR		() AUTÔNOMO	
() DESEMPREGADO		() APOSENTADO	
() NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO			
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
		16.02.2020	
49 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
		BRA	

V1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	MARILHA DENEINA DE ROCIN		
AGNÓSTICO	Foi de 40 a 50 MTC (E) e plato na m (E)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	12/09/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SvD
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		mentha
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		Sv
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		06/12/18 24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		(6)
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		Sv
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		Sv
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		06/12/18 24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		Sv
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H		[Sv]
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		12/12
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		Sv
13	SSVV + CCGG 6/6 H		No Fara
14	CURATIVO DIÁRIO		Revisão
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 MEDICA:

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

CONFIRA OC
28/130/2020
Gheba

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

00130/2020
CRISTIANO B. LIMA
Tec. Enfermagem
Caren-08 375-811

Obrigado ITCH @ no encontro piso no fa disponibilizar para formula.



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 12/09/2020

PACIENTE: Maria da Penha da Rocha DN: 11

DIAGNÓSTICOS: TX 1- c S: MTC e PLATO FRIZADO

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: TM

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: _____ SATOZ: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

Paciente com fratura no tornozelo
manuseio do HC e de ambulâncias
mobilização

Boa Vista, 12 de Setembro de 2020. Hora: 10:10

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.
CRM _____

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Don Martins

Médico Residente
Academia de Traumatologia

CRM-RR 2036

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 CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

O.E : E140000010	ESFERA : PÚBLICO	ESPELHO DA AIH	PAG.: 1
Num AIH : 142010118402-9	Situação : SEM ERRO	Tipo : 01-INICIAL	APRESENTAÇÃO: 10 / 2020
Especialidade : G3 - CLINICOS		Órgão Emissor: E140000010	CRC:
Doc autorizado : 980018289083924	Doc med resp : 702807103617965	Doc diretor clínico : 705005220101159	Doc médico solic : 702807103617965
CNES : 9472339 - HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES			CNS : 70480858161104-7
Paciente : MARTHA PEREIRA DA ROCHA			Prontuário :
Data Nasc.: 01 / 05 / 1970	Sexo: MASCULINO	Nacionalidade : 010 - BRASIL	Identidade
Responsável pae.: MARTHA PEREIRA DA ROCHA			Nome da Mãe : GILMA PEREIRA DA ROCHA
Endereço : RUA RUA MONTE SINAI 0000360 CASA Beliro: PROFESSORA ARACELI S.	UF : RR	CEP : 69315-095	Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APPLICA
Município : 140010 - BOA VISTA			Telefone : (95)9912-31593
Procedimento solicitado : 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA			Muda Proc.? : NÃO
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 :
Caráter atendimento : 01 - ELETIVO			Modalidade : HOSPITALAR
Data internação : 12 / 09 / 2020	Data saída : 22 / 09 / 2020	Mot saída : 18 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS	
Liberação SISAIH01 :		AIH Anterior :	AIH Posterior :
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]			
CNPJ do Empregador : . . . / -		CNAER: -	
Vínculo Previdência :		CBOR: -	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBQ	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtdc	Crpt	Descrição
1	0308010019	702807103617965	225125	9472339	9472339	1	09/2020 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	980018287984622	225125	9472339	9472339	3	09/2020 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	190061248450002	225270	9472339	9472339	1	09/2020 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	700805923792890	225125	9472339	9472339	4	09/2020 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	702102736066693	225125	9472339	9472339	1	09/2020 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
6	0401010015	706801221575429	223505	9472339	9472339	10	09/2020 CURATIVO GRAU II CI OU SI / DEBRIDAMENTO
7	0802010016			9472339	9472339	8	09/2020 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
8	0202020380			9472339	9472339	1	09/2020 HEMOGRAMA COMPLETO
9	0202010473			9472339	9472339	1	09/2020 DOSAGEM DE GLICOSE
10	0202010317			9472339	9472339	1	09/2020 DOSAGEM DE CREATININA
11	0202010694			9472339	9472339	1	09/2020 DOSAGEM DE UREIA
12	0202020142			9472339	9472339	1	09/2020 DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
13	0202020070			9472339	9472339	1	09/2020 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULACAO
14	0202020134			9472339	9472339	1	09/2020 DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA

CID SECUNDARIO

Cid	Característica	Descrição
V090: PREEXISTENTE		PEDESTRE TRAUM. EM ACID. F TRANSITO, ENVOLVENDO OUTROS VEICULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos Número de Saídas N° 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: S.

29/09/2020

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



Pronotuário	Data Internação	Data da Saída
5884	12-09-20	22-09-20
Número da AIH:	142010118402-9	
Enfermaria	Leito	

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

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	Raça/Cor PARDA
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------

Nº RG,CPF ou Registro de nascimento Identidade - 80433	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	Bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIO
--------------------------------------	---------------	--

Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-096
-------------------------------	--------------------------	----------	-------------------

Dados da Internação	CRM Médico Sol - CRM 2158	Médico Solicitante <i>Carolina Sant'Ana</i>	Cartão SUS
---------------------	-------------------------------------	--	------------

Procedimento Solicitado 03 08 01 0019	Procedimento Principal	Esp 01	C. Int 01	CID P T023	CID S	CID CA	M. Sa 18
---	------------------------	-----------	--------------	---------------	-------	--------	-------------

Em caso de Parto: Nasc Vivo <input type="checkbox"/> Nasc Morto <input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/> Alta (<input type="checkbox"/> Trans (<input type="checkbox"/> Obito
--	---

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	2088		04	
05	07		16	01	2015		01	
06	07		109	01	2124		01	
07	01	0408010015	953	01	349949		10	
08	57				42	202009	08	
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador <i>Joao Alves Barbosa Filho</i>	Data Autorização <i>26/09/2020</i>	CPF Autorizador <i>11.419.206-03</i>	CNS Autorizado <i>11.419.206-03</i>
Nome do Médico Auditor <i>Joao Alves Barbosa Filho</i>	Data Auditoria <i>26/09/2020</i>	CPF Auditor <i>11.419.206-03</i>	CNS Auditor <i>11.419.206-03</i>

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: S.

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	
Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco						3 - CNES	
						4 - CNES	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO		
01/05/70					FEMININO		
11 - NOME DA MÃE			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE				
			000				
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE				
			000				
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			17 - CÓD. IBGE/MORUÍPO		18 - UF		
BOA VISTA			17 - CÓD. IBGE/MORUÍPO		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 (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CAROLLINA SANTANA		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/09/20		35 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carolina Santana Médica</i>		36 - RR 2158	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)							
36 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - (<input checked="" type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
38 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input checked="" type="checkbox"/>) EMPREGADOR		46 - AUTÔNOMO		47 - DESEMPREGADO		48 - APOSENTADO (<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO							
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				50 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
51 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)		52 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
						54 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
CONFERE COM ORIGINAL							
Em <u>26/10/2020</u> Ass.: <u>Q.</u>							

Alergia difusa !

2.356

MODELO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLÍNICAS 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 FX OU 4 ^º , 5 ^º MTC (e) e plato tibial (e)				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
	LEITO	356	DATA	12/9/2020	
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE - evitada parcialmente liquidos				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ML EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV IX/DIA				6*
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				05/06/1824
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				(06/14/22) NDF
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				08/06*
14	SSVV + CCGG				
15	Curativo Diário				
16	Pura creme el. Soymg (NO) 6161026 16/12/20				
17					
19					Carolina Sartori Andrade Medico CRM-RR-2155
20	Kosoutana Soymg (NO) 17/12/20				22/10/2020
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 VI	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140x90	49	—	36,2	
12 H	140x90	53		36,5C	
18 H	140x70	56		36,8C	Jocelma Miranda de Aquino CRM-RR-2174 Dra. Marlene Res Ortop
24 H	150x90	52		36,4C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM-RR-1231

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM-RR-2174

Jocelma Miranda de Aquino

Dra. Marlene Res Ortop

COPEN/RR-10360 72518

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Assinatura

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass.: (S)





Acompanhamento das Feridas

Protocolo nº 1 | Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356 33

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.: S.

356

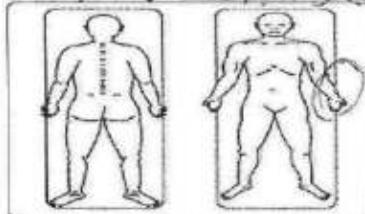
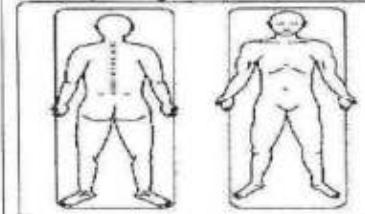
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																			
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO																																			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																			
PREScrição MÉDICA																																			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																																
PACIENTE		MARTHA PEREIRA DA ROCHA																																	
DIAGNÓSTICO		PO LESAO TEND EXT PÉ E																																	
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM																														
		LEITO	356	DATA	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				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				10 22 1014182202																														
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO																														
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA																														
15																																			
16																																			
17																																			
19																																			
20																																			
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 5UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																																		
23																																			
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS																																			
<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 2036</p> <p>Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231</p>																																			
<table border="1"><thead><tr><th>SINAIS VITAIS</th><th>PA</th><th>FC</th><th>TB</th><th>E</th><th>TEMP</th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td>130x90</td><td>82</td><td>+</td><td>RT</td><td>36,4</td></tr><tr><td>12 H</td><td>150x90</td><td>70</td><td>+</td><td>RT</td><td>36,4C</td></tr><tr><td>18 H</td><td>160/100</td><td>83</td><td>+</td><td>-</td><td>35,4</td></tr><tr><td>24 H</td><td>170x100</td><td>82</td><td>+</td><td>-</td><td>36,4</td></tr></tbody></table>						SINAIS VITAIS	PA	FC	TB	E	TEMP	6 H	130x90	82	+	RT	36,4	12 H	150x90	70	+	RT	36,4C	18 H	160/100	83	+	-	35,4	24 H	170x100	82	+	-	36,4
SINAIS VITAIS	PA	FC	TB	E	TEMP																														
6 H	130x90	82	+	RT	36,4																														
12 H	150x90	70	+	RT	36,4C																														
18 H	160/100	83	+	-	35,4																														
24 H	170x100	82	+	-	36,4																														

Zenilia Fontenele
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 928.665

Leila Oliveira
Téc. de enfermagem
COREN-RR 051.805 TI
Natalia Souza
Téc. de enfermagem
COREN-RR 051.805 TI

CONFERE COM ORIGINAL
Em 20/11/2020
Ass.: S.

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

Nome: <i>Martina Pereira</i>				
DATA: <i>11/09/20</i>	Localização / Região <i>mse</i>	DATA:	Localização / Região	
<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 checked="" 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	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm
Profundidade _____ 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 <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	<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"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor:	<input checked="" 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"/> evidente ao entrar no quarto	<input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> a beira do leito <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 _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <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"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata
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	<i>Heber dos S. Barros Tec. em Enfermagem COREN/AC 150239</i>	<i>Dejaniréa G. dos Santos Tec. em Enfermagem Coren-RR 325.272</i>	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<i>Rose Girele Gomes Enfermeira COREA-RR 300.056</i>			
OBS:	OBS:			
<p>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.</p>				



KX em uniu
Pontoário !

356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLÍNICAS 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				6/6
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				10/10 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	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 DM/ML, GLICOSE 60% 40 mL EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS					

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	DC	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
Vanderleia de S. Conceição COREN-RR 001.475.344 - TE	120x85	84		35,8°C		Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	130x11	84		35,8		Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	160/100	97		36,2		Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H	130/77	93		36,1°C		

Vanderleia de S. Conceição
COREN-RR 001.475.344 - 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:	HORA:	DATA /	HORA /
MANHÃ:		Távola no hdo. acorrida: Drdo bonito no hdo. e deixa a noite de alesse lendo. Aperte SSV e fute medicação de lisano No mas nesse aqz quinde dos drs. Felipe.	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM: DATA / 09 / HORA : Enfermeiro Assessoria de Enfermagem	
TARDE:		Pct vno lido, infusões SSV, hem medi- cago se vno hno. da. teleni. Am luminos. Agua dno. Uroloco. ido. sonda - mocam.	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM: Ednaia A. Alves Ferreira Técnica de Enfermagem COREN-PR nº 1.715.344 Assessoria de Enfermagem	
NOITE:		DATA / HORA : CONFERE COM ORIGINAL: Un 26 / NO / 2020 Ass.: S	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM: DATA / HORA :	



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
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 ^a 20 ^a
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 ^a 20 ^a
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Lidocaina 10mg 1x/dia				08 ^a
16					
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 UI E OU GLUCOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS					
Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015					
Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124					
Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038					
Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	E	TEMP
6 H	120x80	82	+	-	35.7
12 H TE	155x83	79	+	+	35.8
18 H	140x90	96	+	-	36.1
24 H	140x90	92	+	+	36.0

Lia Rondon de Souza
Técnica em Enfermagem
COREN RR 001.029

CONFERE COM ORIGINAL

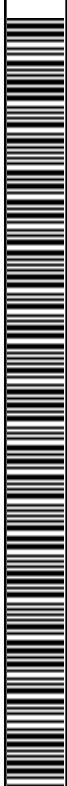
Em 26/10/2020

Ass.: S-

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																														
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				16																														
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				20:00																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				21:00																														
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	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).																																		
23	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.																																		
EVOLUÇÃO MÉDICA:																																			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS																																			
<p style="text-align: right;">Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015</p> <p style="text-align: right;">Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124</p> <p style="text-align: right;">Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038</p> <p style="text-align: right;">Zellen Vieira (Res Ortop) Técnico de Enfermagem COREN/RR 001246-112</p> <table border="1"><thead><tr><th>SINAIS VITAIS</th><th>PA</th><th>FC</th><th>FRD</th><th>E</th><th>TEMP</th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td>122 / 83</td><td>40</td><td>-</td><td>-</td><td>36,0</td></tr><tr><td>12 H</td><td>145 / 90</td><td>83</td><td>+</td><td>-</td><td>36,2</td></tr><tr><td>18 H</td><td>174 / 94</td><td>105</td><td>+</td><td>-</td><td>38,4</td></tr><tr><td>24 H</td><td>124 / 79</td><td>92</td><td>+</td><td>-</td><td>36,7</td></tr></tbody></table>						SINAIS VITAIS	PA	FC	FRD	E	TEMP	6 H	122 / 83	40	-	-	36,0	12 H	145 / 90	83	+	-	36,2	18 H	174 / 94	105	+	-	38,4	24 H	124 / 79	92	+	-	36,7
SINAIS VITAIS	PA	FC	FRD	E	TEMP																														
6 H	122 / 83	40	-	-	36,0																														
12 H	145 / 90	83	+	-	36,2																														
18 H	174 / 94	105	+	-	38,4																														
24 H	124 / 79	92	+	-	36,7																														

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjxv4.kwvs4.bqhz6.com.br/projudi/> - Identificador: PJXV4 KWVS4 BQHZ6 SEN





Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

356 3B

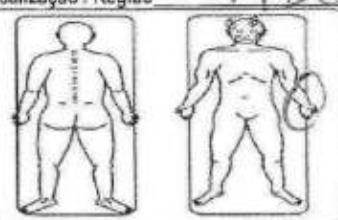
Nome: *Martka Pereira*

DATA: *17-09-20*

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

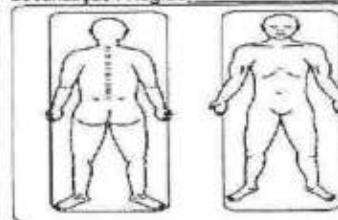


DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm

Profundidade _____ cm

Profundidade _____ cm

Apariência do Leito:

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico Escara

Quantidade de Exsudato:

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato:

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serossanguíneo

Dor:

Sim Não

Sim Não

Odo:

evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele

Perilesional:

Normal Macerada seca Eritema / Rubor

Normal Macerada seca Eritema / Rubor

Prurido Outras _____

Prurido Outras _____

Solução para limpeza

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outro: _____

Hora do curativo:

Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Rose Girele Gomes
Técnico Enfermagem
Coren-RR 366.856

Rose Girele Gomes
Enfermeira

COREN-RR 366.856

OBS:

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 366.856

OBS:

*Raiado curativo oleoso
com cobertura primária AGE + OAGE
Ferida com espuma ver mínima
graus, hipertermia. Sigue os
encadados de enfermagem.*

Rose Girele Gomes
Enfermeira
COREN-RR 366.856

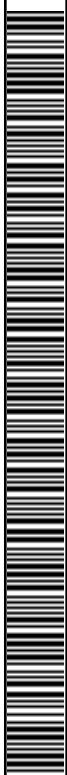
Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em *06/10/2020*

Ass.: *(Assinatura)*

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 KWVWS4 BQHZ6 SENGR





Acompanhamento das Feridas

Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

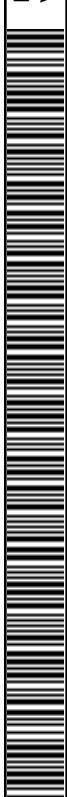
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 356

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.

e de Rio Branco e Convalec, Solutions.P.
as separadamente.

Fr 26/10/2023
Ass: S.





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 HAB hér. doa
com PA = 150x80 mm Hg.
peso: pesado de 100Kg (já em uso).

16/09/2020.

Luis Antônio Oliveira Olímpio
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-RR 1550
MÉDICO

16/09/2020. Aval. PI em anexo.

Luis Antônio Oliveira Olímpio
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-RR 1550

CONFERE COM ORIGINAL
En: 26/10/2020
Ass: (S)



Acompanhamento das Feridas

Protocolo nº 1 Versão:06 Data da Elaboração:
Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 356 39

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.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXY4 KVVS4 BQHZ6 SENGR

161

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
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
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	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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					

Andréia B. Medrada
Coren-RR 227.345-ENF
Andréia Medrada

Evolução médica:

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

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

José Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2125 Entfermagem

Bruno Oliveira (Res Ortop)
CRM/RR 245.335

CRM/RR 1231

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	102x70	94		35.12
12 H	130/70	120		35 °C
18 H	124/80	103		36.6
24 H	100x60	101		36.

João de Autêntica: Alexio Filho
Técnico de Enfermagem
CRM/RR 001.033.751-75

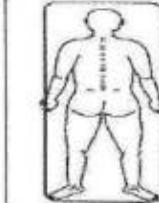
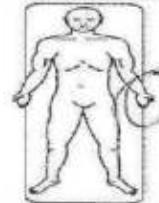
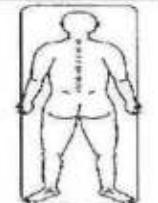
João de Autêntica: Pedro Lobo
Técnico de Enfermagem
CRM/RR 001.033.751-75

CONFERE COM ORIGINAL
En 26/10/2020
Ass.: *[Signature]*

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		VOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA /	HORA :	DATA /	HORA :
MANHÃ:		ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	
DATA /	HORA :	DATA /	HORA :
		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:	
TARDE:		DATA /	HORA :
		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:	
NOCHE:		DATA /	HORA :
		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:	
		ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	
DATA /	HORA :	DATA /	HORA :
		ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	
NOCHE:		DATA /	HORA :
		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:	
		CONFIRME COM ORIGINAL	
		Em 26 / 10 /2020	Ass.: ST.



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 Versão:06 Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO:	Data da Elaboração: Fevereiro 2013 <i>356 3B</i>
---	---	--	--

Nome: <i>Mattiaov Pereira</i>			
DATA: <i>20/09/20</i>		Localização / Região <i>mse</i>	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		  <i>ad</i>	 
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	Comprimento _____ cm
Profundidade _____ cm	Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm	
Característica 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		
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 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		
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 _____		
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: _____		
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: _____		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<i>Francine G. dos Santos</i> Téc. em Enfermagem Goren - RH 124.272	02-Edilene da Silva Téc. em Enfermagem Goren - RH 871.272	01- <input type="checkbox"/> 02- <input type="checkbox"/>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	<i>Francisco Matos da Cunha</i> COREN-RR 348.882 - 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 *20/10/2020*

Ass.: *S.*



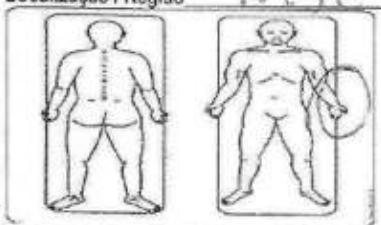
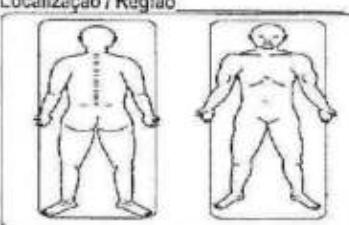
356

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	CIRCT Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8
16					
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORRECÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 20U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS					
Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015					
Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2324					
Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038					
Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231					
SINAIS VIT PA FC FR IC TEMP					
6 H	120x80	82	+/-	36,26	
12 H	129/67	94	+ / +	36,4	
18 H	110x80	89	+ / +	36,20	
24 H	150x80	92	+ / -	36,40	

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		NOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
DATA /	HORA :	DATA /	HORA : 00
MANHÃ:		<p>Reabilitado medicamentos de rotina conforme as prescrições médica, deve ser monitorado. Os medicamentos: 1. Nitro. 2. Diclofe de enfermagem - Antônio Afonso de Souza Márcia Enfermeira Assistente Enfermeira Técnico em enfermagem CRF/SP 00138467</p>	
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM: DATA: 26/01/2020 HORA: 09:00	
DATA / HORA :		<p>Paciente com凸显的 oleos, oleos e os - anais das enfermidades. Período SS.VU - Sistema fisiológico normal.</p>	
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM: DATA / HORA :	
DATA / HORA :		<p>Analise de SS.VU + Nidilhos CM na bala sintomática. Densos e nigrinascens aproximados Ocor um grande</p>	
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:		ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM: DATA / HORA :	
		<p>CONFIRME COM ORIGINAL</p>	
		<p>Em 26/10/2020 Ass.: S.</p>	



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 3B		

Nome: <i>Mertta Pereira</i>				
DATA: <i>21/09/20</i>	Localização / Região <i>m/se</i>	<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: _____	<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		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> Escara		
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 checked="" 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 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 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		
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"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <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"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Fibrinase <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- <i>França G. dos Santos</i> <i>Enfermeira</i> <i>Tec. em Enfermagem</i> <i>Coren-RR 227.345-ENF</i>	02- <i>Deine</i>	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:	<i>Andréia B. Medrado</i> <i>Assinatura</i>			
	OBS: _____			
	CONFERE COM ORIGINAL			
	<i>Em 26/10/2020</i>			
	Ass.: <i>SJ</i>			

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
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
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	Desordem diabética				16:30
17					
19					
20					
22	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 20U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	DE
6 H					
12 H	120x70 20			36°C +	
18 H					
24 H					

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/BR 1231

Caroline

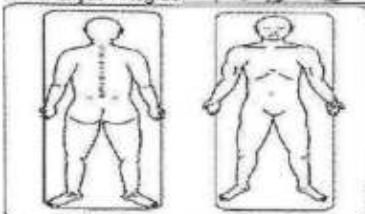
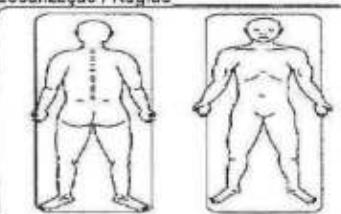
CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass.: *S.*

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedista Traumatologista
CRM/RR 2124

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

Nome: <i>martha pereira</i>				
DATA: <i>22/09/20</i>		Localização / Região: <i>M-S + E</i>	Localização / Região	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input 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 checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____			
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	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			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" 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			
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input checked="" 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			
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 _____			
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: _____			
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: _____			
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	<i>Maria de Fátima N. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 049.708	<i>Oliveide R. dos Santos</i> Téc. de Enfermagem COREN-RR 1.054.252-15	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:	OBS:			
<i>Francisco Ibs R. da Cunha</i> COREN-RR 049.952 - ENF				
OBS:				
<i>CONFERE COM ORIGINAL</i> <i>Em 26/10/2020</i> <i>Ass.: S.</i>				

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.:	IDADE:	Nº SUS:
<u>01/05/1970</u>	<u>50</u>	
ESCOLARIDADE:	NACIONALIDADE:	
<u>Médio completo</u>	<u>Brasileira</u>	
COR/ETNIA:	NATURALIDADE:	
	<u>Boa Vista</u>	
CPF:	RG:	
ESTADO CIVIL:	OCUPAÇÃO:	
<u>Casado</u>	<u>Doméstica</u>	
ENDEREÇO:	<u>Rua: Rio Cipriani, 278 - Prof. Cracelino</u>	
MUNICÍPIO:		
TELEFONES ÚTEIS:	<u>97159-4458 / 99177-6598 - esposo</u>	
DIAGNÓSTICO:	LEITO: <u>356</u>	

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME	<u>Renismaia 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: Elisangela 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 x10³/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 x10⁶/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 x10³/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 %

Valdislêne Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 436



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

Metodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.53 mg/dL

Referência

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

Metodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

125.27 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Metodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22.15 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

joseane dos santos alves
Farmacêutico- Bioquímica
CRF-810



AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



NOME: Marthe Perine de Souza

356

IDADE: 50 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
Eletrocardiograma:	7
- Ritmo não sinusual ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $\text{PO}_2 < 60$ ou $\text{PCO}_2 > 50$	()
- $\text{K} < 3 \text{ mEq/L}$	()
- $\text{HCO}_3 < 20 \text{ mEq/L}$	()
- Uréia > 100mg/dl ou Creatinina > 3mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intraperitoneal, 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 placa tibial + fratura ossos de mão

H.P.P.: HPS hé 50z - LST 50mg fildia. + HGTZ.

Higa BM.

Cirurgias prévias: Listo ovário, hht, wa. entop. msc. Alegre dipinone

H.FAM.: pai e mãe HPS + BM

Tabagismo: Ø Etilismo: Ø

Exame físico: Impune

A.C.: RR 26 Bnt b1. 16/MW

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

Exames Laboratoriais :

- Hb 13,2 g/dl; Ht 38 %; Leucócitos 52.960 PLT 943.000 ;
- TC - TS - TAP 152 INR 0,9
- Glicose: 50 Uréia: 22 Creat: 0,5 TGO: - TGP: -

Radiografia de Tórax: JLT 05

ECG: R5, ST ①

Comentários: Jeldman 3+

Boa Vista/RR, 18/09/2020.

*Luis Amâlio Moura de Oliveira
Sociedade Médica/Cardiologista
Boa Vista RR 1550*

Assinatura

Marcos Renato da Motta

33-356

Soluto

ECG

13/09/2020

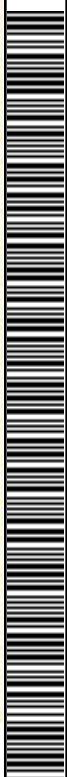
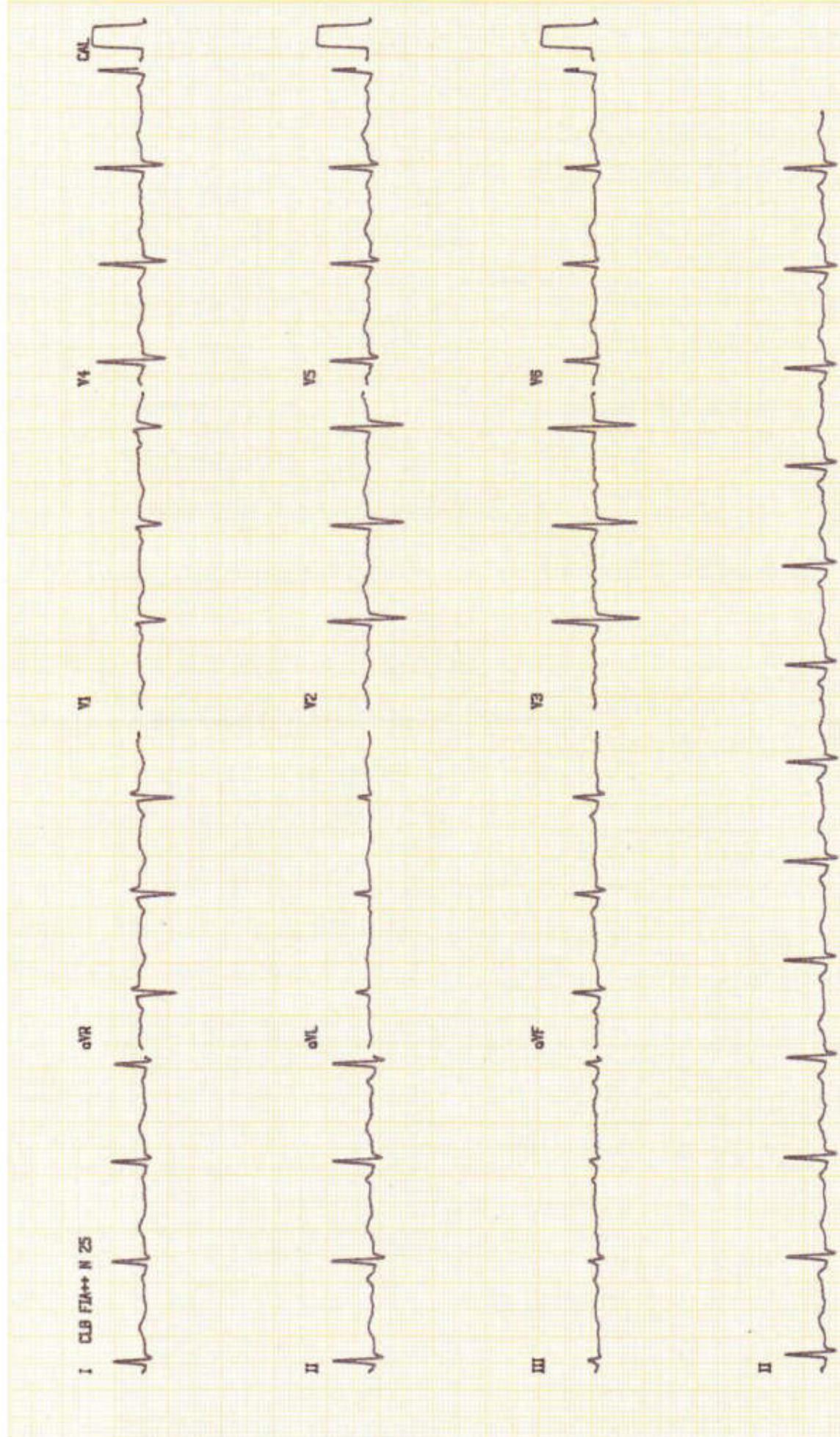


Dr. Bruno Vieira de Lima
CRM-RR 1231
CNS 980016287984622

Manoela Pereira

leito: 356

13 SET. 2020



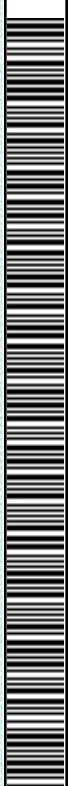
2020-09-12 01:18:22 Lenni ^{6Cannan + 1B11-a}

	10	1	FC	9.6	Result		
	Nov. 1	Nov. 1	FC	1.6	FC	FC	FC
Warties			9.6	1.6	4.5	0	0
Warts			9.6	1.6	7.6	0	0
Warts			9.6	1.6	7.6	0	0

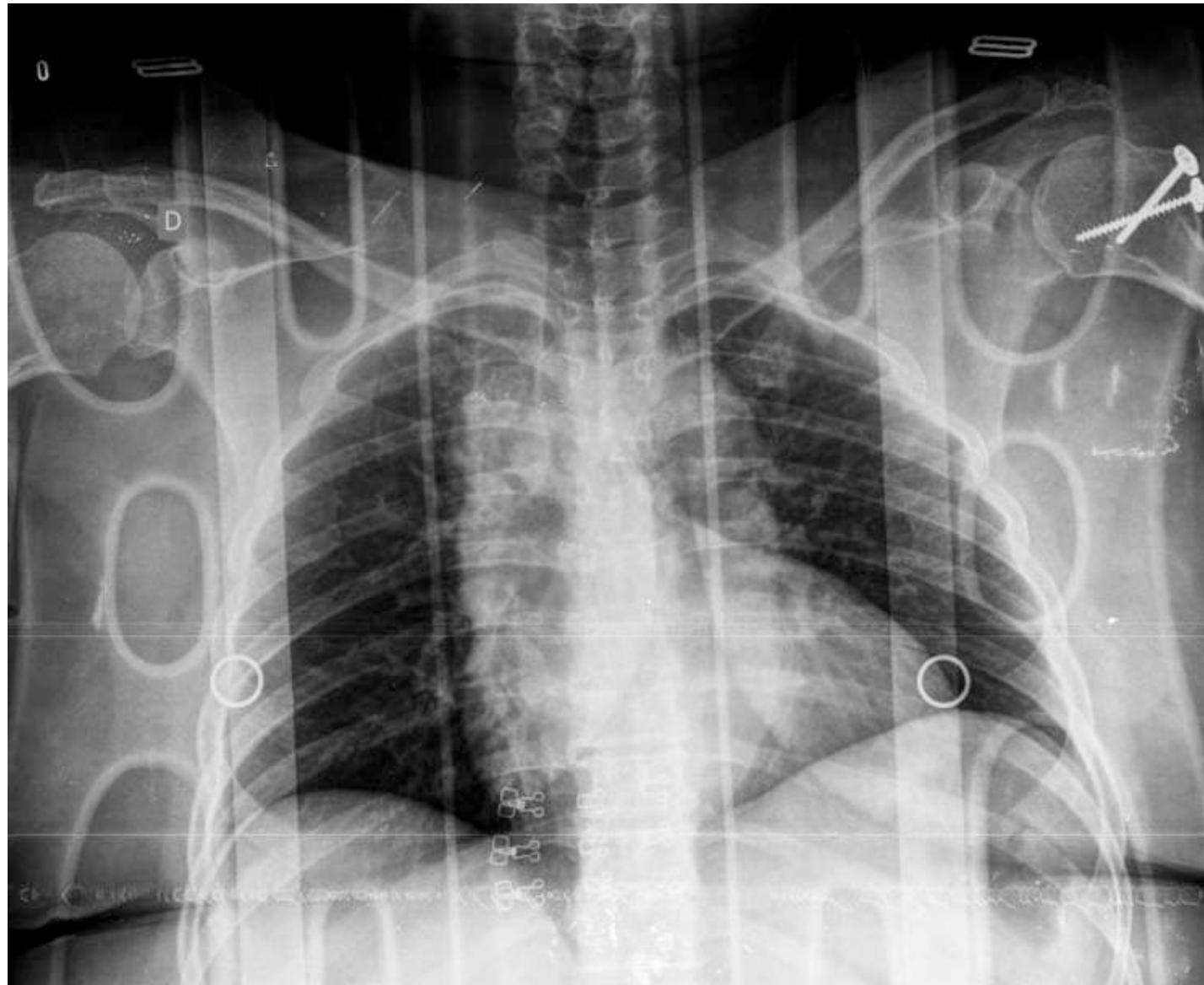
Resumo
Este trabalho teve como objetivo analisar o desempenho de um sistema de detecção de batidas cardíacas (ECG) para pacientes com insuficiência cardíaca aguda (ICA). O sistema é composto por um sensor de vibração e um processador digital que detecta as batidas cardíacas. Os resultados mostraram que o sistema é capaz de detectar batidas cardíacas com uma taxa de acerto de 95% e uma taxa de falso alarme de 0,5%. O sistema também mostrou uma alta sensibilidade para detectar batidas cardíacas em pacientes com ICA.

0.1 Hz = 100 Hz

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 SE



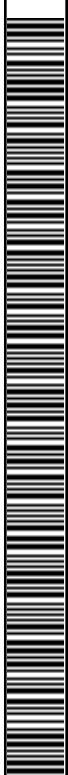
Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:48 Torax AP



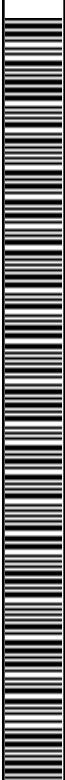
Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:51 Torax AP



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



D

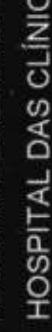
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 356

Data: 13/09/2020

Nr:

Tec: ALILSON



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.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJXY4 KWV/S4 BQHZ6 SENGR



73,5 %

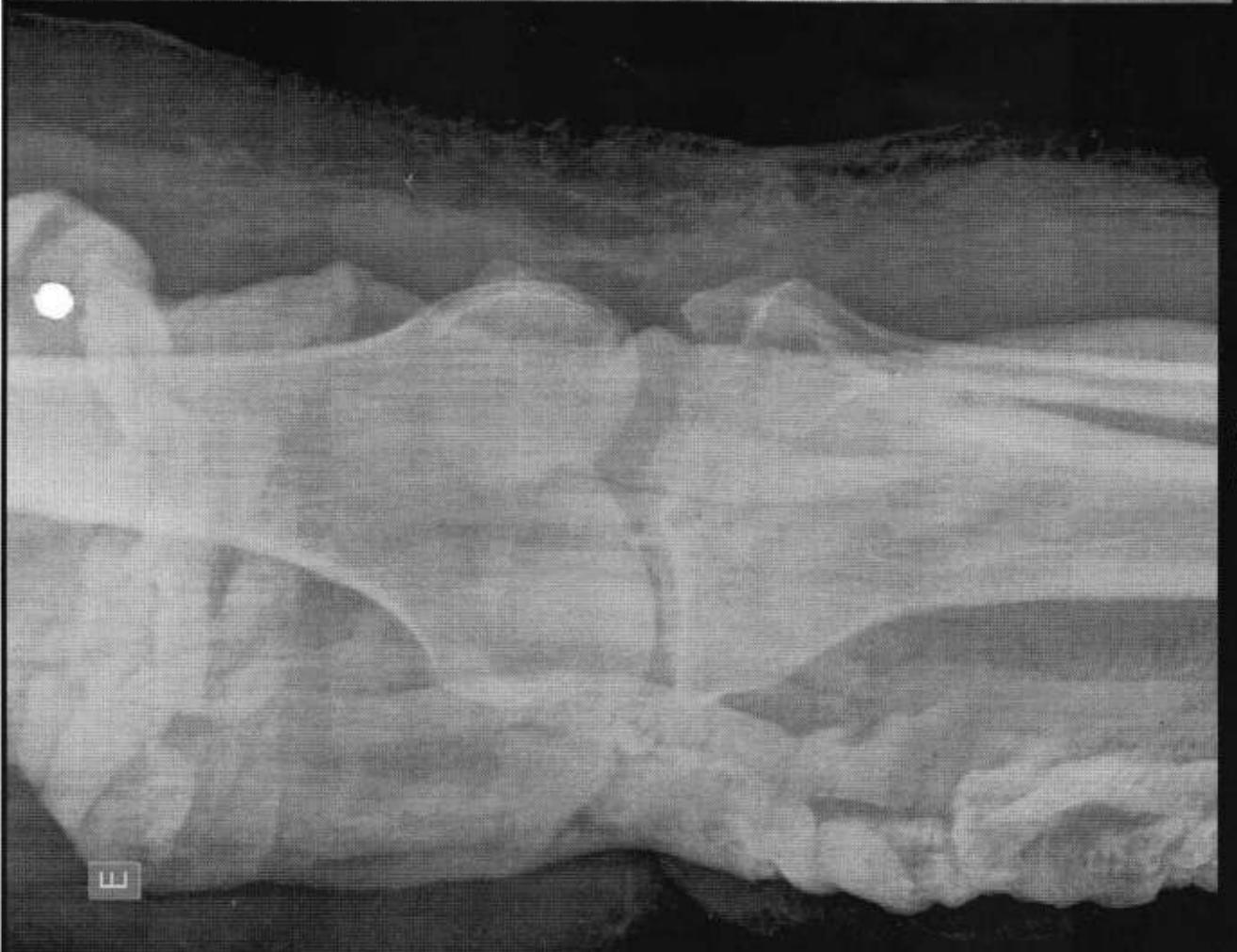
Nr: 3207

Téc:

ID: 50
Data: 17/09/2020

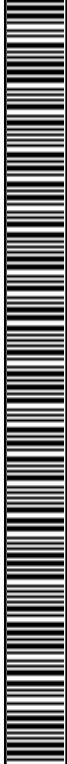
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

354



73,5 %

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 KWV/S4 BQHZ6 SENGR





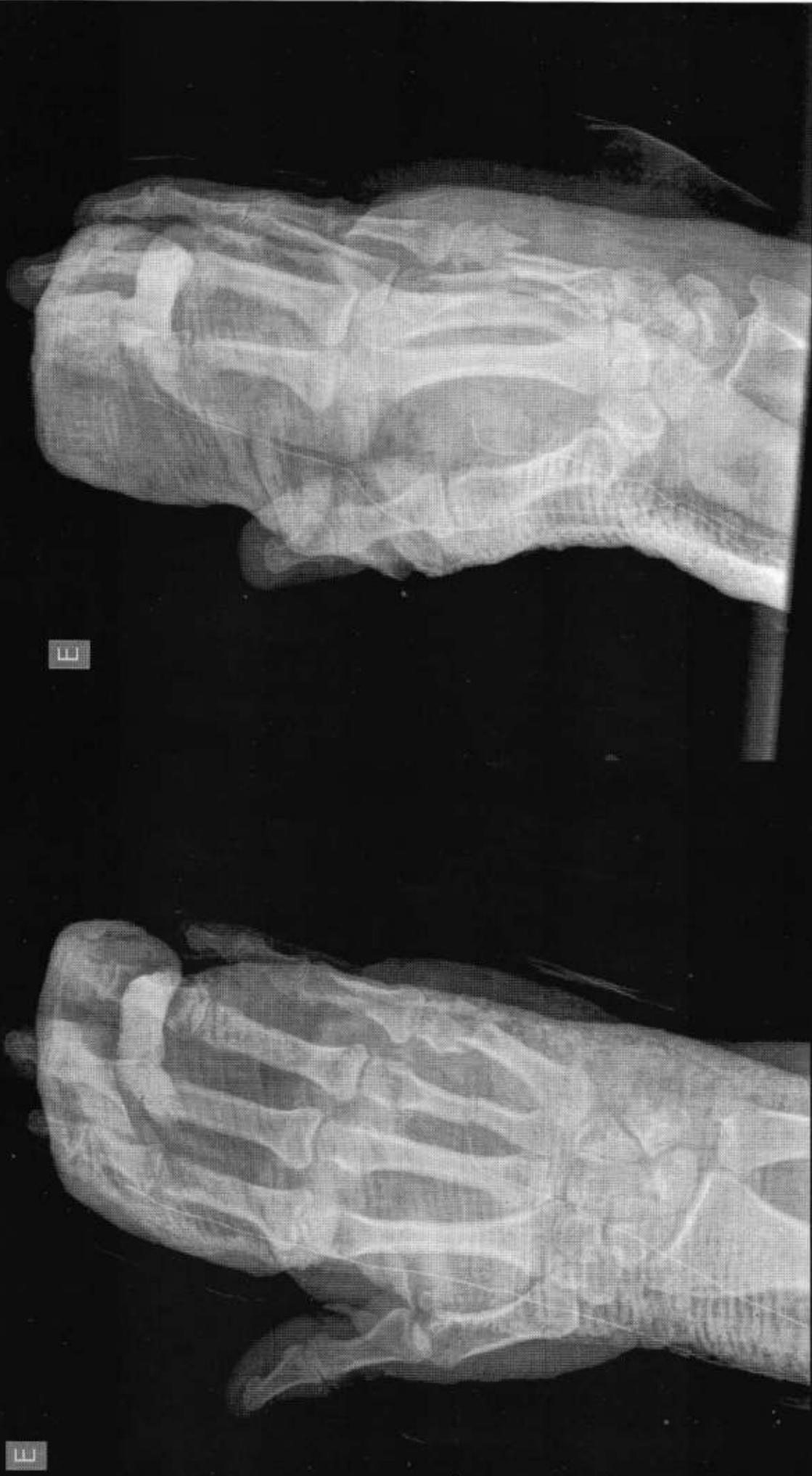
79,4 %

Nr: 3207

ID: 50
Data: 17/09/2020

MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

356

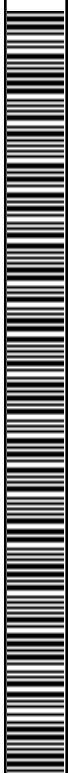


79,4 %

Téc:



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

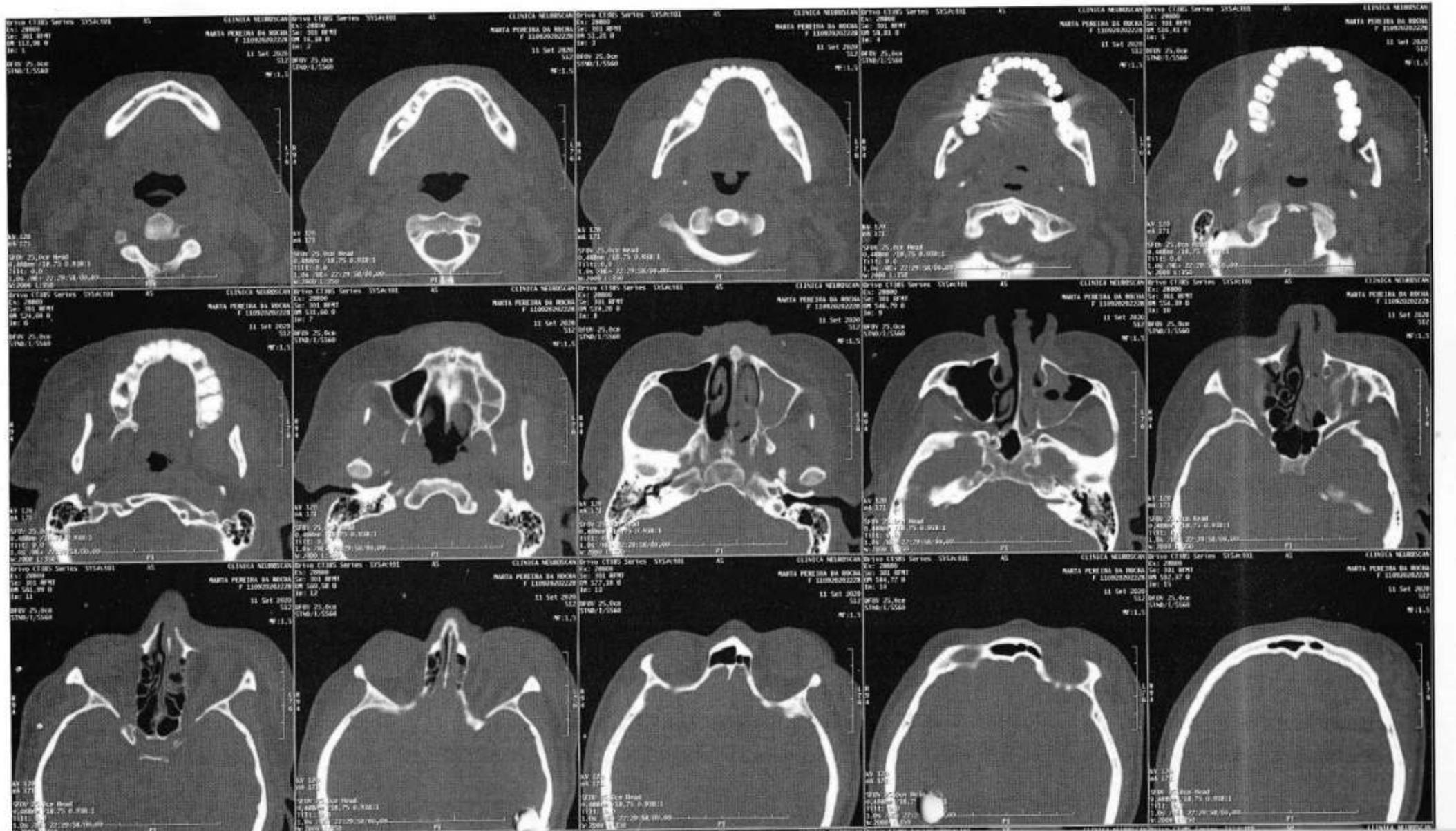


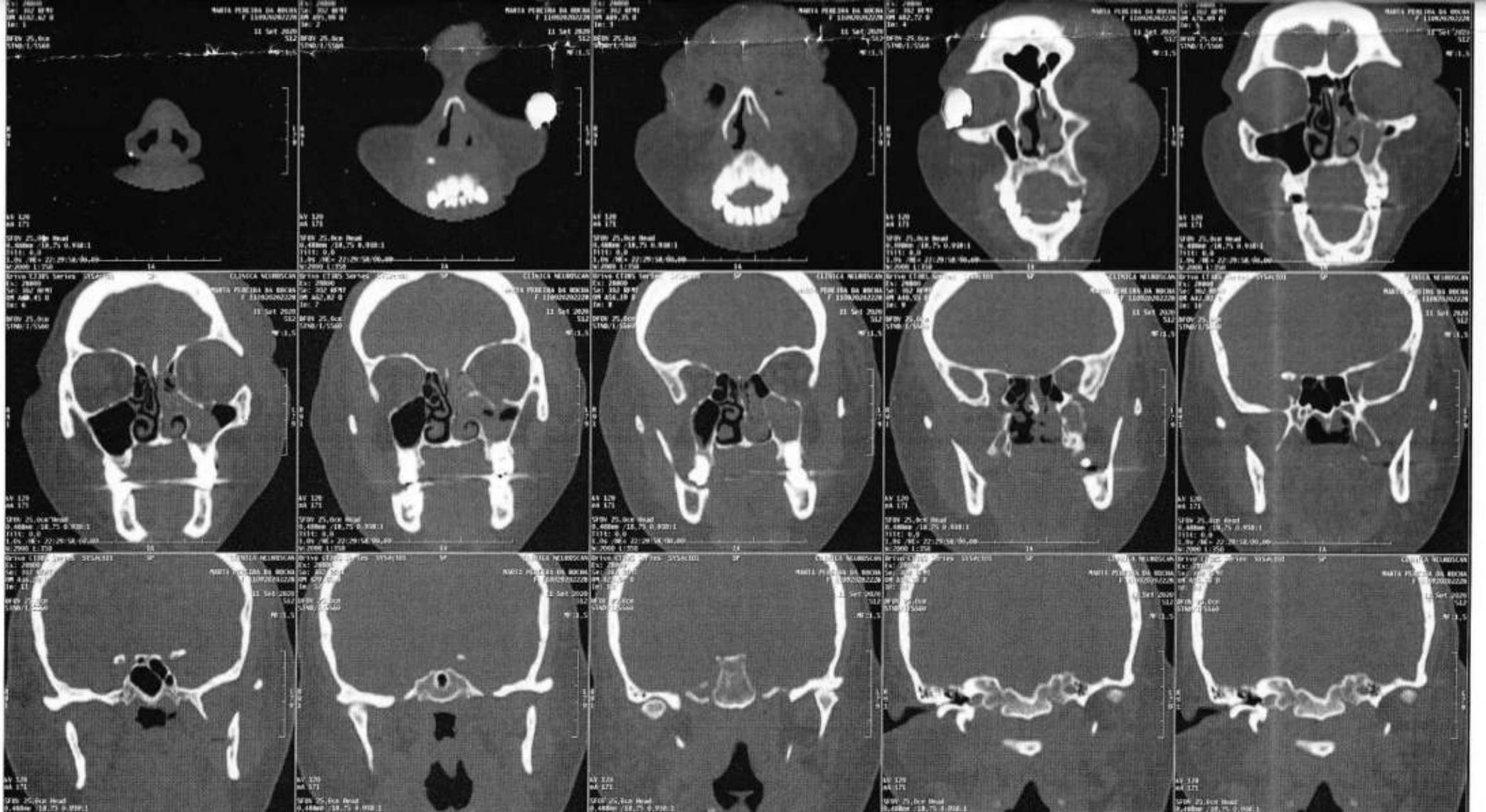
Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Santos Melo [HGR-3129306282]
Study: 22/09/20 - 10:03 Torax PA



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 KWV/S4 BQHZ6 SENGR







Patient ID:

110920202228

Age:

0Y

Patient Name:

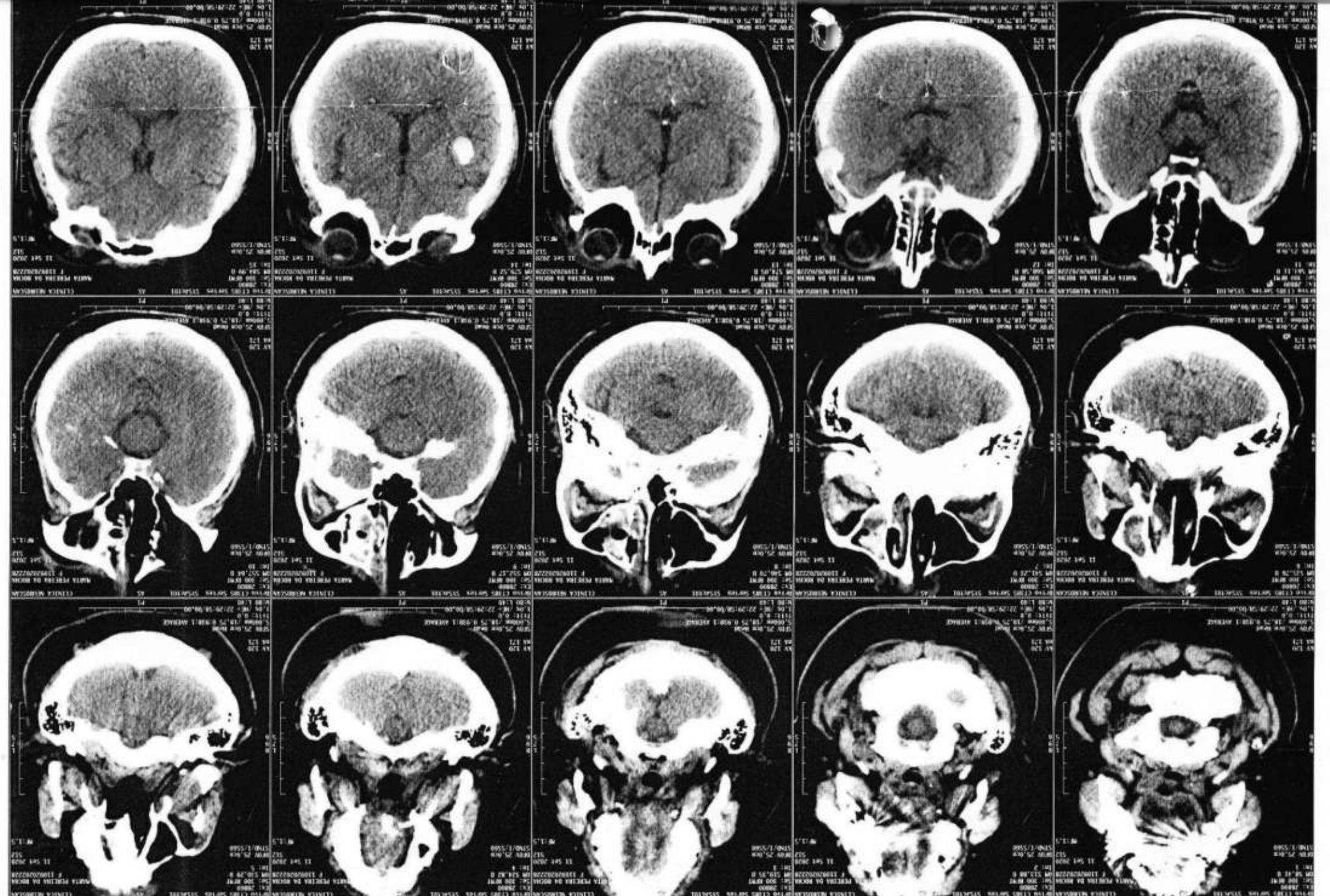
MARTA PEREIRA DA ROCHA

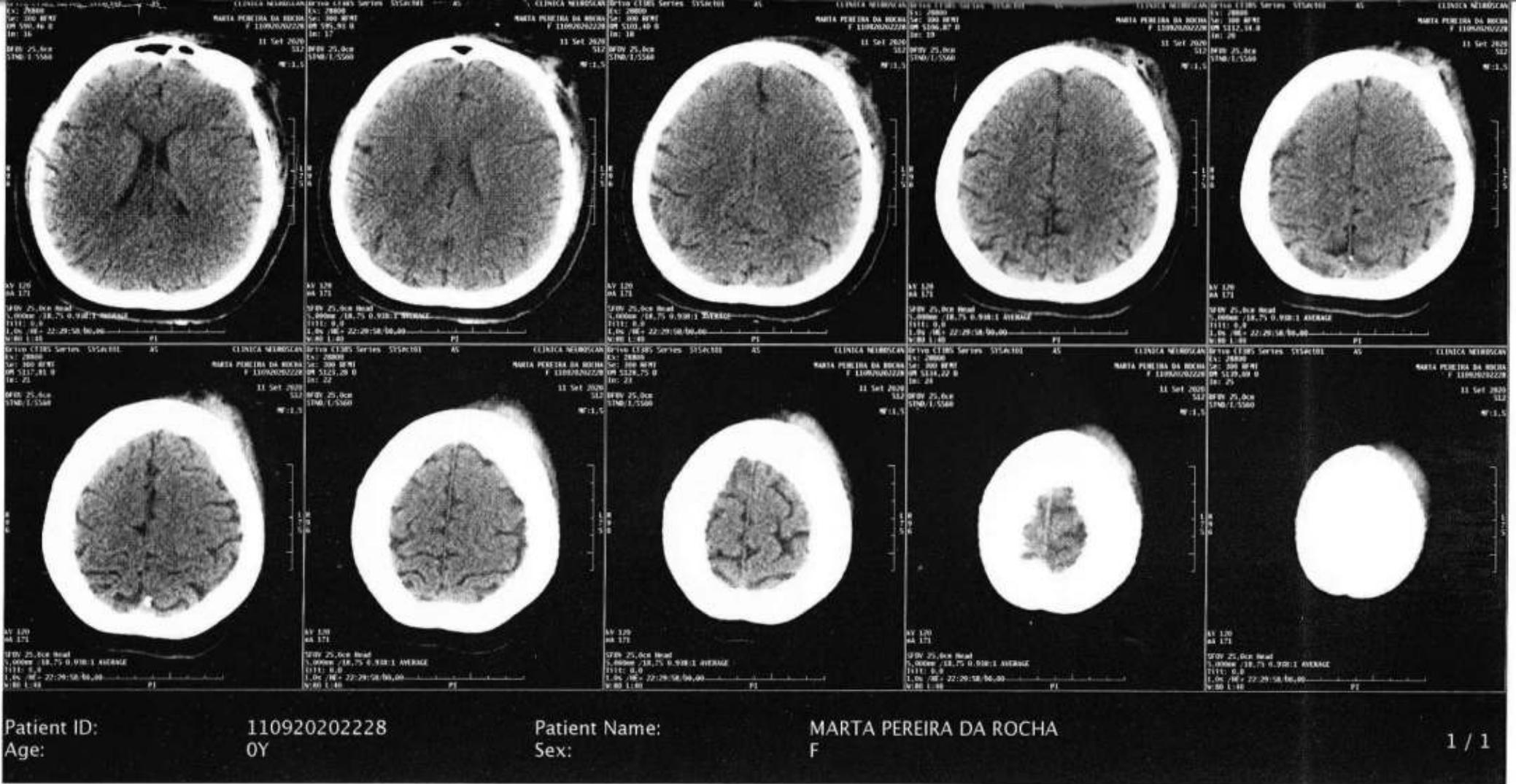
Sex:

F

1 / 1







PROJUDI - Processo: 0832252-79.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 11.2 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho 22/01/2021; INTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Arr. docS

Patient ID:
Age:

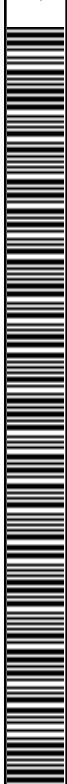
110920202228
0Y

Patient Name:
Sex:

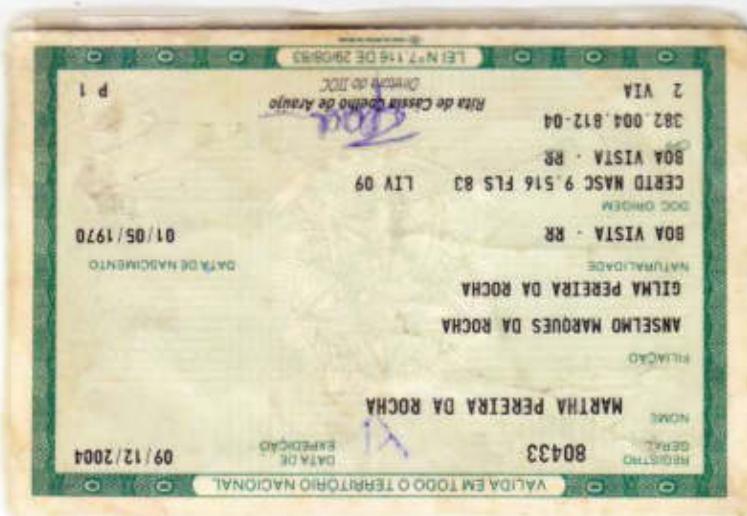
MARTA PEREIRA DA ROCHA

1 / 1





MARTHA PEREIRA DA ROCHA	
FILIAÇÃO	GILMA PEREIRA ROCHA ANGELINO MARQUES DA ROCHA
NASCIMENTO	01/05/1970
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR
DOCUMENTO	R.G.: 80423 - 09/12/2004 - SESP - RR
LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF	382.004.812-04
TIT. ELEITOR:	1286102623
LOCAL DE EMISSÃO:	SP/TEIR/ BOA VISTA
DATA DE EMISSÃO:	03/03/2017
 	
ZONA: 005 CNH...: SEÇÃO: 0424	
2017.03.03 09:45:14-03-00 2017.03.03 09:45:14-03-00 	



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGUÍNEO ENTOR 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 ORGÃOS (Decreto nº 1.039, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES		
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSAO
2644045	000	PR 07/12/04
02/02/17	Waldemarino da Silva	01
AGENTE DE PORTARIA		
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSAO
AGENTE DE PORTARIA		
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSAO
AGENTE DE PORTARIA		
NUMERO	SERIE	DATA DE EMISSAO
AGENTE DE PORTARIA		
06		

CONTRATO DE TRABALHO		
18.238.623/0001-62		
EMPREGADOR G. Almeida Lacerda - ME	Rue Berlaminho Fernandes Magalhães - nº 2789 Tancrêdo Neves CEP: 60.313-485	
ENDEREÇO MUNICÍPIO Braga RR CARGO Serviços Gerais	CIDADE Braga RR CARGO Serviços Gerais	
DATA DE ADMISSÃO 01 de março de 2017	REGISTRO Nº R\$ 100,00	
VALORIZAÇÃO ESPECÍFICA R\$ 11.657,00 (treze mil e seiscentos e cinquenta e sete reais)	Sônia e Gildembergue e Gildembergue G. Almeida Lacerda Gildembergue Almeida Lacerda	
DATA DE SAÍDA 31 AGOSTO 2017	Empresário Gildembergue Almeida Lacerda	
	Empresário	
COM. DISPENSA CD N°	07	
ICB N° DA CONTA		

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 Lívio Vasconcelos de Freitas DATA DE SAÍDA: 23 DE SETEMBRO DE 2020 32.794.839/0001-35 Lívio Vasconcelos de Freitas Rua Embauba, nº 140, Paraviana CEP:69307-243 - BOA VISTA-RR Lívio Vasconcelos de Freitas 08 Titular	CONTRATO DE TRABALHO EMPREGADOR: CNPJ/CF: ENDERÉSCO: MUNICÍPIO: ESP. DO ESTABELECIMENTO: CARGO: CBO N°: DATA DE ADMISSÃO: DE: DE: REGISTRO N°: REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: DATA DE SAÍDA: DE: DE: COM. DISPENSA C/ N°: REGIS N° 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: RAIO 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 órgão 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



DANIEL AQUINO
220181, N° 06 de 03/09/2020
Requerido por VERDADEIRA(s) firma(s)
"MARTHA PEREIRA DA ROCHA"

*Yessica Carvalho
Barbara dos Santos
Daniel Aquino*
RECPFR1662965X51Q4BE79-IFPA45
229.181

Endosso: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,71

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