

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 807928

Vtr 107	SUCp CIPTUR	Data 11.01.2018	S/Setor OESTE	H/Transm 20:10	H/Ini 20:10	CH/H 20:17	H/Fir 22:50	
Cód. Oc. 1001/1003	Cód. Prov. 13005-13006-13023-13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-X-	Km/Ini. 27867	Km/Fin 27878				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

RUA./: Av. Ataíde Teive, em frente ao nº 8829 Bairro: Equatorial Refe.: Grupo Baiano

PESSOAS RELACIONADAS

1	CONDUTOR	Nome: Francisco da Chagas Oliveira Marques	Idade: 62	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: Rua Felix Paulo Pereira, Nº 180, BAIRRO: Equatorial				
Edt. R.G Não soube informar CNH Não habilitado Profissão: Eletricista				
2	CONDUTOR	Nome: Kennedy Henrique da Silva/Contato: 99147-1430	Idade: 37	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: Rua Euzébio P. Maia, Nº 479, BAIRRO: Equatorial				
Edt. R.G 164923 SSP/RR CNH 03407207433 AB Profissão: SERVIÇOS GERAIS				
3	ITEM 03	Nome: Thiago da Silva Marques/Contato: 99136-9053	Idade: 33	E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: Rua Efigênia Lima, Nº 50, BAIRRO: Dr. Silvio Leite				
Edt. R.G 173914 SSP/RR CNH --- Profissão: Vigilante				

Danos dos veículos

Veículo do item 01: Dafta Kansas 150, COR: Preta, PLACA: NAW6399. DANOS: CONFORME A PERICIA.
Veículo do item 02: VW Parati, COR: Branca, PLACAS: NAI1783. DANOS: CONFORME A PERICIA

CARGO

ITPC

LOCAL

4º DP

HISTORICO

Senhor Delegado,

Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito no endereço supracitado. No local foi constatado o sinistro onde, o item 01, estava no solo e o veículo do item 02 estava estacionado junto ao meio fio, na Av. Ataíde Teive, neste momento já estava chegando o SAMU em socorro ao item 01. Segundo informou o item 02, seu veículo estava estacionado junto ao meio fio na Av. Ataíde Teive, quando o item 01, que trafegava na mesma avenida, sentido Centro-Bairro, veio a atingir a porta do lado do motorista, quando ele estava entrando em seu veículo, sendo que a porta estava semi-aberta no momento da colisão. O veículo do item 02 foi liberado ao próprio condutor e o veículo do item 01 foi liberado ao item 03, filho do item 01, que levou a motocicleta na carroceria de outro veículo, por não ter condição de funcionar. O item 01 foi removido do local pelo SAMU, para cuidados médicos, sem condições de realizar o teste de etilometro. Atendeu o perito Geovani, da pericia da Policia Civil. O item 02 aceitou se submeter ao teste do etilometro, sendo resultado negativo quanto ao consumo de álcool, conforme resultado em anexo. Era o que tinha a relatar.

Wolff SCHULTZ Castro Pinheiro

41.399-2

Nº

SD/PM

Posto/Graduação

CIPTUR

SUOp

CIOPS





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, 18 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200319623

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA MARQUES

Data do Acidente: 11/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA MARQUES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01913/01914 - carta_11 - INVALIDEZ





Home



Game Center



Contato



Atendimento Virtual



Boa noite,
HELEN CAROLINE HOMERO LOBATO
202002612061



Sair

DETALHE DO REQUERIMENTO

SALA DE AULAS VIRTUAIS

PROVA ONLINE

ACADÊMICO

BENEFÍCIOS VDI/MICROSOFT/WIFI

FINANCEIRO

ATENDIMENTO

ATENDIMENTO AGENDADO

REQUERIMENTOS

NOVO

Consulta

Tabela de Preços

RECLAMAÇÕES

O requerimento número **24074969** foi gerado com sucesso. **Anote este número**, pois ele será necessário para consultar o andamento do requerimento.

Requerente 2020.02.61206-1 HELEN CAROLINE HOMERO LOBATO
CPF: 02658342284
Telefone: (95)9912-9306
Celular: (95)99129-3068
E-mail: hcaroline.lobato@gmail.com

Requerimento 24074969 BANCA EXAMINADORA (RECURSO P/ REVISÃO INDEFERIDA)

REQUERIMENTO EM QUE O ALUNO SOLICITA REVISÃO PELA BANCA POR NÃO CONCORDAR COM A REVISÃO DE PROVA FEITA PELO PROFESSOR DA DISCIPLINA.

Data Requerimento: 11/12/2020

Data Provável de Solução: 10/02/2021

Informações

Observação: Olá, profª Claudia,
Conforme conversado via whats e chamada, segue resenha com retificação apenas do título do capítulo 1. Uma vez que todo se trata do capítulo 1 do livro didático de Ciência Política(Sociedade Política e Teoria do Estado) e apenas o título, equivocadamente diferente. Peço desculpas e agradeço por tudo e pelo semestre de aprendizado. Fico no aguardo. Sem mais. (95) 9912-9306
Disciplina Presencial: CIÊNCIA POLÍTICA E TEORIA DO ESTADO (ARA0192-3001 - BOA VISTA - Prof. 2300976-CLAUDIA)

Posso ajudar?



Digite aqui para pesquisar



POR
PTB2 20:21
11/12/2020



OI
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO - RUA DO LAVRADIO, 71 - CENTRO - RIO DE JANEIRO/RJ - 20230-070.

- | | |
|---|--|
| ☐ 01. MUDOU-SE | ☐ 07. AUSENTE |
| ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ 08. NÃO PROCURADO |
| ☐ 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO | ☐ 10. OBJETO DANIFICADO |
| ☐ 04. FALECIDO | ☐ 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| ☐ 05. DESCONHECIDO | ☐ 12. FALTA COMPLEMENTO (COLETIV/GUI) |
| ☐ 06. RECUSADO | ☐ 13. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

MATRICULA: _____



**MUDE PARA A
CONTA DIGITAL.**

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.



CDD BOA VISTA RR
MARIA AUXILIADORA DE OLIVEIRA MARQUES
AV. VILLE ROY.7009
CENTRO
69301-068 BOA VISTA RR



7213512820 10380 00000088079 30 260320

FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento eletrônico, bem como a devolução do futuro, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31. O sistema inclui: Para clientes com banda larga (até 2MB - Janela) e 610MB; clientes com banda larga (até 2MB - Janela) e 610MB; Extra Online.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CSP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
31 05 • 12 CTBC • 13 Fonei • 15 Telefonica • 16 Viacom • 17 Transit • 18 Epsilon • 21 Embratel • 23 Intelig • 24 Primeira Escolha • 25 GVT
26 07 • 28 Algamayo • 29 T-Lite • 32 Convergência • 34 ETML • 35 Easyfone • 37 Golden Line • 38 TESA • 39 Engovox • 41 TNA • 42 07 Group
43 Sercomtel • 45 Global Crossing • 46 Hoya Telecom • 47 BT Communications • 53 TETARA • 57 Itacelly • 58 Voitel • 62 Opcion • 63 Hello Brazil
65 Telecom 95 • 67 ALDOLA • 70 Dolarphone • 81 Sercomtel • 84 RBT • 85 America Net • 86 07 • 96 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

**COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO
E GANHE BENEFÍCIOS.**



Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.

Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.	
AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO	
Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / futura, conta telefônica.	
Nome _____	CPF/CNPJ _____
Banco _____ Agência _____	Conta Corrente n. _____
Assinatura _____	Data ____/____/____
SERVIÇO GRATUITO	

**CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO**

000403517097

TPS,
por
1932
o lei
Ela
de

ados
para
te a
aten-
ícios
ação
a do

teste
ção,
ades

egê-
o de
ição
ar e
o e
em,



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

120.48558.89-7

NÚMERO

6258925

SÉRIE

0030

UF

RR

Francisco das Chagas de O. Marques

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



BRASIL

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA MARQUES

FILIAÇÃO.....: FRANCISCO MACELARO MARQUES DE SOUZA

NASCIMENTO.....: 14/06/1955

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 16913 SESP RR 19/08/2009

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 074.838.302-63

TIT. ELEITOR.....: SEÇÃO.....: ZONA.....:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/02/2011

[Assinatura]

ASSINATURA DO EMISSOR



autopeção 14/01/18
Dr. Vitor Paracet

Paciente vítima recente de trânsito (motorista),
evoluindo com fratura exposta de perna @,
afetando a lesão extensa de partes
moles (desenvolvimento). Há + 1 hora
solicitação avaliação de cirurgia vascular
e solicitação ~~STRA~~ centro cirúrgico

Dr. Marcelo Marques
Presidente
Hospital de Traumatologia
CRM 1918/RN

1 CH ↓ Unidade 23:30h

gravo: AT.G
Not: 22/01/18
ata: 15/01/18
Ericlaire
Notificador



Dr. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-RN 1408

NOVA FOLHA DE AUTENTICAÇÃO
Av. Eng. Eduardo Gomes, 511
Novo Pátio - Tel. (51) 3011-1000
AUTENTICAÇÃO
27 FEB 2017
Dr. HON

12.01.18

22:30hs

Cir. Vascular:

Paciente vítima de acidente motor -
lesão de fratura exposta em MTD há +1-03hs:

Ap exame: fratura de platô tibial de lesão grave
de partes moles e desenvolvimento do
membro, ausência de motricidade e
sensibilidade e lesão vascular associada

* Índice de Mers: 9 compatível com ampu-
tação primária
- grupo de lesões esqueléticas (grave): 3
- grupo esquelético (grave): 3
- grupo térmico: 2
- grupo de choque (h. transitória): 1

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	05/02/2018		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SND
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFTAZIDIMA 1G EV. 8/8 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D13				
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				
18	AMTRIPTILINA 25 MG VO 1X/DIA À NOITE				
19					
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	130/80	82	20mpm	36,9°C
12 H	140/90	90	20	35,8°C
18 H	140/74	94	21	37,3°C
24 H	140/60	89	20mpm	36,6°C

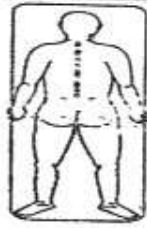
Dr MARCELO MARQUES CRM 1918

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Administrado medicações de
diário, refeto os itens (5) e (18) por
não estar disponível para o paciente
e o item (17) foi recusado;

rec Sarah Sarah Moraes Catarino
COREN-RR 907.600-PE

13 an 1 an -
realizado as me-
dições de hora-
rio, mas aferição
de SSVV com farma-
prescrição.

me: <u>Francisco dos Chagas</u>	
TA: <u>05 02 18</u>	Localização / Região <u>M.I.D.</u>
☐ GRAU - I	
☐ GRAU - II	
Ologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:
Medida da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Cor do exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não
Sinal:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor
Condição da pele perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para limpeza	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:
Cobertura primária (contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>
Impressão e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>[Assinatura]</u> Téc. Enfermeira em COREN-RR 551.3
Impressão e Assinatura do Enfermeiro	02- <u>[Assinatura]</u> Téc. Enfermeiro COREN-RR 625.709
OBS:	

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	06/02/2018		
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SND
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				OG
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFTAZIDIMA 1G EV. 8/8 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D13				
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				
18	AMTRIPTILINA 25 MG VO 1X/DIA À NOITE				
19	Favorecer a mobilização e respiração				
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TX	
6 H	129X82	112		36,3°C	
12 H	149/82	96	21	36,8	
18 H	121/74	100	20	36,8	
24 H	152X78	97		36,6°C	

Dr MARCELO MARQUES

CRM

1918

Residente de Ortopedia e Traumatologia

17:30
Obs: Paciente pulsatil que está há 3 dias com evacuações líquidas e antes da evacuações sente dor abdominal.

Franciele Alencar Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.432

07 as 13, administrado medicações, aferido sinais vitais 06/02/18

13 as 19, administrado medicações aferido sinais vitais 06/02/18

As 14:00 não foi administrado ref. a zidina não tem na farmácia

Marilene Frazão Farias
Ass. de Enfermagem
COREN-RR 510.509-40X



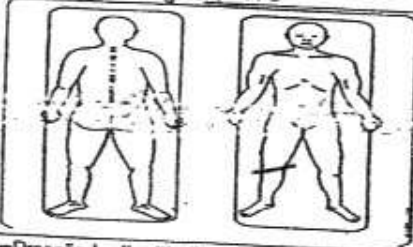
ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DATA	EVOLUÇÃO	EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA
06/02/18	FRANCISCO DAS CHAPAS DE OLIVEIRA	404-4
(M)	Paciente com amputação alta de MZD. Submetido à cinesioterapia motora para MMS + MZE + posicionamento correto de cote cinesioterapia respiratória	(Distell 17273-f
07/02/18	Conduta: cinesioterapia motora + res piratória + orientações.	(Distell 17273-f

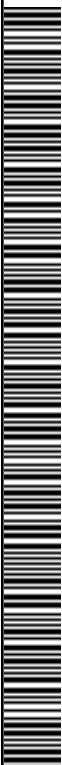


	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Atualização: Janeiro / 2015				
	ENF/LEITO: 404-4				

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE O. MARQUES**

DATA: 06/02/18 ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região MID 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura: _____ cm	Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm Largura: _____ cm
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo POUCO	Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo	☐ Sim ☒ Não	Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Sim ☐ Não
Dor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	Dor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	Solução para limpeza ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Manhã ☐ Tarde	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Manhã ☐ Tarde
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde	Data da próxima troca: Em _____ de _____ de 24hs	Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	Data da próxima troca: Em _____ de _____ de 24hs
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- Renata Silva Aux. de Enfermagem COREN-RR 415.275	01- Bruno C. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.353	02-

OBS:	OBS:
------	------



204-4



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



DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE Franco Dr. C. M. S. Franco DIH 07.02.2018 DN 12/01/2018

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

NEGA

DM2

NEGA

ITEM

PRESCRIÇÃO

DATA

12/01/2018

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN o.c.

6

TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU 20gts VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9

SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO

15

16

17

18

19

20

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

Vitor F. P. S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE 610

EVOLUÇÃO MÉDICA:

22:30 - Paciente retornou do C.E. com queixas; t.u.x. e medicamentos acordados, segue até o

06:00 - administrado Captopril Q.D.M. paciente apresentando pico hipertensivo; segue aos cuidados de enfermagem.

Ana da Silva Nascimento
Auxiliar de Enfermagem
CRM-RR 705.072

Ana da Silva Nascimento
Auxiliar de Enfermagem
CRM-RR 705.072

SINAIS VITAIS				
6 H	161/101	90	36.6°C	
12 H				
18 H				
22:30 H	124/72	72		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 4042

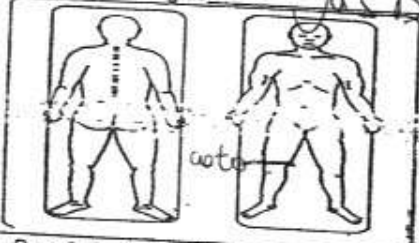
Nome: Francisco das Chagas

DATA: 07/02/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

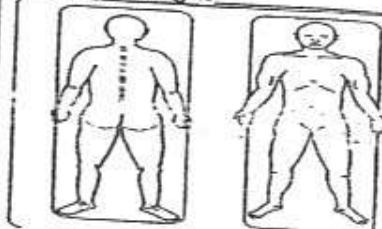


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serosanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor

Perilesional:

☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

(Contato direto na lesão)

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

01- Francisco Trindade Sampaio
Enfermeiro
COREN/RR 492.866-AE

02-

Atônio Vieira Araújo
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 507.795-72

01-

02-

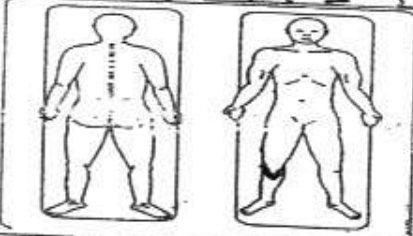


Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data da Elaboração: Fevereiro 2013
Atualização: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 404-4

Nome: Francisco de Jesus de O. Marques
Data: 08.02.18 | Localização / Região: M.S.N.

☐ GRAU - I
☒ GRAU - II



DATA:
☐ GRAU - I
☐ GRAU - II



Etiologia
☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm | Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Característica do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:
☐ Sim ☐ Não

Odor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional:
☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza
☒ Clorexidina 4% ☒ Outro: 2%

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:
☒ Manhã ☐ Tarde

da Próxima troca:
Em caso de + de 24hs

Etiologia
☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:
Comprimento: _____ cm | Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Característica do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:
☐ Sim ☐ Não

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

Condição da pele Perilesional:
☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza
☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:
☐ Manhã ☐ Tarde

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01-
02-

OBS:

OBS:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGC

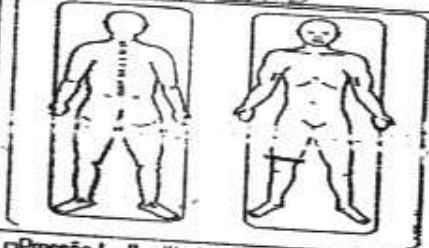
Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 404-4

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS DE O. MARQUES**

DATA: **09/02/18**

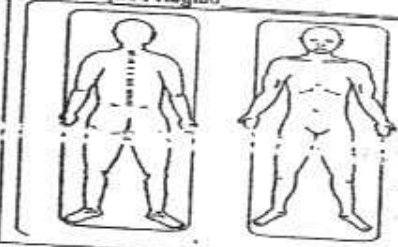
☐ GRAU - I
☒ GRAU - II

Localização / Região **MID**



DATA:
☐ GRAU - I
☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia
☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:
 Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor:
☐ Sim ☒ Não

Odor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional:
☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza
☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:
☐ Manhã ☒ Tarde

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

Etiologia
☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:
 Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:
☐ Sim ☐ Não

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

Condição da pele Perilesional:
☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza
☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:
☐ Manhã ☐ Tarde

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

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem
 Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01- **Bráulio S. Pereira**
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 818.358

02- **Renato S. Rodrigues**
 Ass. de Enfermagem
 COREN-RR 415.275

01-
 02-

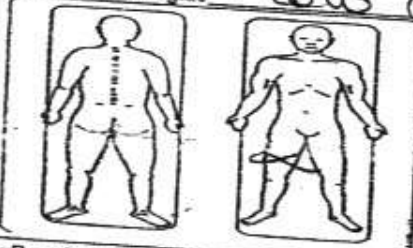
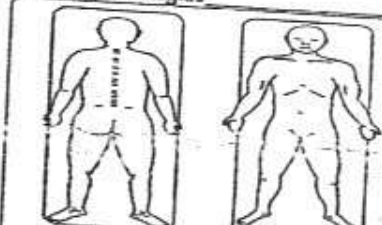
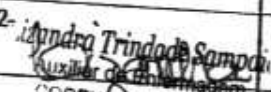
OBS:

OBS:



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Visto pela
Hemovigilância

 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGRS		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
Nome: <u>Francisco das Chagas de V.</u>		ENF/LEITO: <u>404.4</u>		
DATA: <u>10.02.18</u> ☐ 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:	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☒ Sim ☐ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Coro fisiológico 0,9%	☒ Clorexidina 1% ☐ Outro:	Coro fisiológico 0,9%	☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:	
Cloroexidina 4%	☐ Outro:	Cloroexidina 4%	☐ Outro:	
Colagenase	☐ Outro:	Colagenase	☐ Outro:	
Sulfadiazina de Prata	☐ Outro:	Sulfadiazina de Prata	☐ Outro:	
Outro:	☐ Outro:	Outro:	☐ Outro:	
hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	hora do curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:	☐ Manhã ☐ Tarde	Data da Próxima troca:	☐ Manhã ☐ Tarde	
Em caso de + de 24hs	☐ Manhã ☐ Tarde	Em caso de + de 24hs	☐ Manhã ☐ Tarde	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-  Selma Paula F. de Silva Téc. em Enfermagem COREN-RR 934.631	02-  Andréa Trindade Sampaio Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 492.866-AE	01-	02-
OBS:		OBS:		
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.				

404-4

GOVERNO DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	12/02/2018		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SFO,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SND
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				OG
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				Retina
14	CEFTAZIDIMA 1G EV. 8/8 HORAS				Curativo
17	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				08 16 24
18	AMTRIPTILINA 25 MG VO 1X/DIA À NOITE				18
19	FLORATIL VO 12/2 HORAS				21
20					18 06
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					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO :					
# CONDUTA : ANTIBIOTICOTERAPIA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO					
SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
				DrMARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

0:50 Alta hospitalar!





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco da Chagas de Oliveira, 62 ANOS,
EU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/01/2018, COM
AGNÓSTICO DE Ampliação traumática de fratura limítrofe

NO DIA 11/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
REGULARIZAÇÃO DO OSTEO + HEMOSTASE SENDO

PERADO PELO DR. VITOR PARACAT E DR. _____

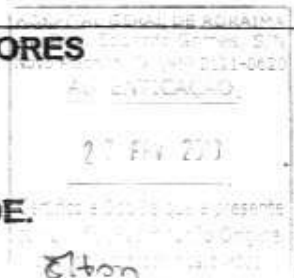
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/02/18, ÀS 12:00 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 28/02/18, ÀS 7:00 horas, COM O
DR. VITOR PARACAT

FOI LIMP, SECA, SEM SINAIS INFECCIOSOS

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Elton

BOA VISTA, 12/02/18

MÉDICO

5491

Visto pela
Hemovigilância

Silvane S. Machado
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 001.247.436-1E

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

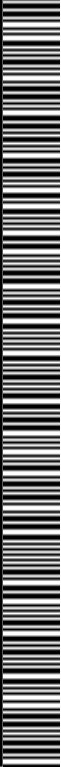
DATA: 12/01/2021
NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA
DA BOLSA: 0111131211030
ABO: A
FATOR RH: -
VOLUME: 308 ml
FATOR RH: -
SINAIS VITAIS: PA: 69/40 P: 99 FR: 34
EIO: 05:35 hs T: 35.5 PA: 105/63 P: 100 FR: 33
FIM: 8:06 hs T: 34.5 PA: 106/71 P: 115 FR: 32
Ass. Téc. de Enfermagem: PA: 106/71 P: 115 FR: 32
Ass. Enfermeiro:



FATORES DE RISCO

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE – AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAR-PSFE-RR/2015





FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____				
Nº BOLSA:	_____	VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
MEIO(15MIN):	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
FIM:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					COREN _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____				
Nº BOLSA:	_____	VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
MEIO (15MIN):	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
FIM:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					COREN _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____				
Nº BOLSA:	_____	VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
MEIO (15MIN):	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
FIM:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					COREN _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					CRM: _____

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	____/____/____				
Nº BOLSA:	_____	VOLUME:	_____		
BOLSA:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
PACIENTE:	ABO: _____	FATOR Rh:	_____		
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
MEIO (15MIN):	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
FIM:	h. T: _____	PA: _____	P: _____	FR	_____
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					COREN _____
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					CRM: _____

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.



PRÉ ANESTÉSICO

Nome: _____		Sexo: _____	
Data: _____		Hora: _____	
Fórmula: _____		Painel Assor: _____	
Alergia: _____		Sanguetipol: _____ Leuc: _____ Hb: _____	
Alcool: _____		Hm: _____ ic: _____ ls: _____ p. Lago: _____	
Furo: _____		r. Coag: _____ Pq: _____ Ureia: _____	
DROGAS: (Corticóide, fenolizínico, hipotensor, neurocrático, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, anestésico, sulfá, cesopressor, IMAO, outros)		creat: _____ Glic: _____ mEq/l	
Estado Mental: _____		Cl: _____ mEq/lk _____ mEq/lpH _____ pO2	
Boca: _____		pCO2: _____ BA _____ BB _____ BS _____ BF	
Pescoco: _____		URINA: d _____ pH _____ glic _____ Alb _____	
RX: _____		Sedim: _____	
Feces: _____		Ap. gen. Uri: _____	
Hepatograma: _____		AP. Resp: _____	
Outros: _____		AP. Circ: _____	
Paradox Clínico: _____		AP. Digt: _____	
PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____		S. Osteo - Art: _____	
		S. Nerv: _____	
		S. Endoc: _____	
		Est. Fis (ASA): _____ AN. Proposta: _____	
		NB: _____	
		Assinatura: _____	

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 12/01/21	Hora: 1:50
Alta de S.R.P.A. para o	
Trauma com Algodão	
Ficou 100 bpm, PA 90/65 mmHg	
Saturação: 98%	
F. A. B. C. D. E.	
Assinatura: _____	

Data: _____	Hora: _____
Assinatura: _____	







DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. **FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA**, inscrito no CPF nº. 074.838.302-63, realizou tratamento fisioterapêutico nesta unidade, peio turno matutino, nas terças e sextas-feiras, às 08:30h, totalizando 12 (doze) sessões.

Encontra-se deambulando com auxílio de muletas axilares bilateral. Apresenta normocicatrização, normotemperatura, apresentando formato semi-cônico em coto. Tratamento teve por objetivo adaptação para protetização. Paciente tem evoluído progressivamente, no entanto, sugiro realizar exercícios em seu domicílio até o retorno com o médico que o acompanha.

Sem mais para o momento. Estamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Boa Vista – RR, 12 de Junho de 2018.


Mayara de F. Pessoa Barrozo
Fisioterapeuta
CREFITO 168617-F

Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro – NERF
Avenida Gel. Ataíde Teive, 6459.
Bairro: Nova Canaã





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Francisco das Chagas de Oliveira, 62 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 11/01/2018, COM
DIAGNÓSTICO DE Amputação traumática de perna direita
NO DIA 11/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
REGULIZAÇÃO DO COTO + HEMOSTASE SENDO
OPERADO PELO DR. VITOR PANACAT E DR. _____
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/02/18, ÀS 12:00 horas, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 28/02/18, ÀS 7:00 horas, COM O
DR. VITOR PANACAT
FO Umpa, seca, sem sinais flogísticos

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SEM ORIENTAÇÃO DO DR. Iludson

BOA VISTA, 12/02/18

Dr. Marcelo Marques

Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14.440

MÉDICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746363470

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01 00165631880 2510434094

FRANCISCO DAS CHABAS OLIVEIRA MARQUES
R FELIX PAUL FEREIRA GABA
EQUATORIAL Nº 2180
BOA VISTA-RR 69317352

074.838.302-63 NAM6399

FRANCISCO JAMIEL ALMEIDA LIRA

95VCB1C299M000917

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

DAFRA/KANSAS 150

2P/0150CC/ PARTICU COB PRETA

SEN RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ
OCIDENTAL *

Antonio Francisco Bassara Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR
17/11/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746363470

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 00165631880 2017

FRANCISCO DAS CHABAS OLIVEIRA MARQUES

074.838.302-63 NAM6399

95VCB1C299M000917

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

DAFRA/KANSAS 150

2P/0150CC/ PARTICU COB PRETA

SEN RESERVA DE DOMÍNIO * PROIB SAIR AMAZ
OCIDENTAL *

Antonio Francisco Bassara Marques
Diretor Presidente
16/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULOS

RR Nº 013746363470 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
074.838.302-63 NAM6399
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 17/11/20

01 074.838.302-63 NAM6399

00165631880 DAFRA/KANSAS 150

2009 95VCB1C299M000917

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33

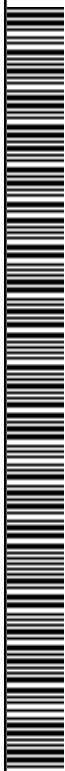
R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

SEGURO LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.608/0001-04
2510434094

Continuação:

CD: Aos cuidados da Integridade

Márcio Macêdo
Angiologia e C. Vascular
CRM-RR 1565





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS	Sexo: M	Nasc: 07/02/1962	Idade: 55A
Requisição: 20225285	Setor: GT	Coleta: 11/01/2018 20:43:02	
Origem: HGR	Leito: VERMELHA	Emissão: 11/01/2018 23:01:51	

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

		Referência
LEUCOCITOS	$9.56 \times 10^3 / \mu\text{L}$	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	75.20%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	20.30%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	3.40%	3.0 - 12.0
EOSINÓFILOS	0.50%	0.5 - 5.0
BASÓFILOS	0.60%	0.0 - 1.0

Eritrograma

		Referência
ERITROCITOS	$3.40 \times 10^6 / \mu\text{L}$	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	10.50 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	29.90 %	37.0 - 54.0
VCM	87.80 $\mu\text{g/mL}$	80.0 - 100.0
HCM	30.90 pg	27.0 - 34.0
CHCM	35.20 g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	11.90 %	11.0 - 16.0
RDW SD	49.20 fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

		Referência
PLAQUETAS	$360.00 \times 10^3 / \mu\text{L}$	150 - 400
VPM	8.30 fL	6.5 - 12.0
ADP	15.40	9.0 - 17.0
PCT	0.299 %	1.08 - 2.82

Jonnath Chagas
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 508



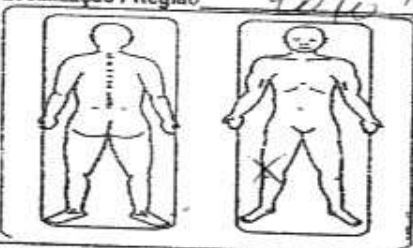
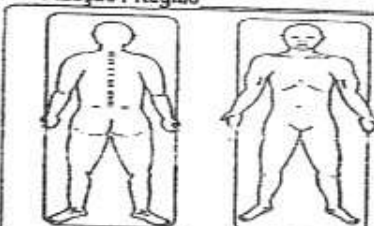
Data: 25/11/2016 Horário: _____

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:06 11 November 2014



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGF

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO:

Nome: <u>Francisco das Chagas Marques 404-4</u>	
DATA: <u>24.01.18</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>Costa D</u> 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____ Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo ☐ Tecido necrótico Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☒ Purulento ☒ Serossanguíneo Dor: ☒ Sim ☐ Não Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☒ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras <u>edema, eritema</u> Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____ Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____ Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs: <u>Dia 02</u>	DATA: _____ ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Localização / Região: _____ 	Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____ Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo Dor: ☐ Sim ☐ Não Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras _____ Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____ Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____ Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs: _____
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>Jucilene Moreira</u> Carimbo e Assinatura Enfermeiro: <u>Jucilene Moreira</u> COREN-RR 453.354	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 02- <u>Claudete da S. Leite</u> Carimbo e Assinatura Enfermeiro: <u>Claudete da S. Leite</u> COREN-RR 387.434E
OBS: _____	OBS: _____

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

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955	
PACIENTE	FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA				
AGNÓSTICO	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2		
IDADE	62 ANOS	LEITO	404-4	DATA	25/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
4	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06 NTF
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SN
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D10				SN
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				SN
18					
19					
20					
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					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, JORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TA	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
6 H	140/100	101	20	36,6°	Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	109/67	97	20	36,2°	
18 H	130/70	90	21	36,6°	
20 H	150/50	98	22	37,8°	

07 as 13, Administrado medicação aferido sinais vitais
25/01/18) OBS: não foi administrado item 15 clinda 300mg
pois não foi encontrado no bolso do paciente e a
farmácia não liberou novamente enfermeira
ciente

7 as 07h. Adm. medicações e prn. aferido SSVU,
ento não AIP. Telm 20 m (E)

Rosabete Gomes da Silva
Téc. Enfermagem

13 as 19h
Realizado
medicação
mas aferido
e SSVU
depois
caio.

Jenilda Nascimento de Sousa
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 776.767-TEC

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CHES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		5 - N° DO PRONTUÁRIO	
4 - NOME DO PACIENTE			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7 0 6 0 0 4 3 3 0 9 6 8 6 4 2		19 / 06 / 55	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
Maria Auxiliadora de O. Marques		M	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
Rua Joana Pinheiro de O. Marques			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
Bela Vista		R 12	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Linfoma na color da amígdalas (1-1 ano)			
18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Tmo Lms			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Ex fmo / Quase Lms			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
Linfoma na color da amígdalas			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			
Regime de color da amígdalas (D)			
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA			
Oncologia			
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
() CTS () CPF			
28 - DOCUMENTO			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
Luis P. Lins			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
26/01/18			
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA			
37 - CNPJ EMPRESA			
38 - N° DO BILHETE			
39 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGUIR			
40 - CNAS DA EMPRESA			
41 - CEN			
42 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS			
43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOS			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
() CNS () CPF			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
26/01/18			
48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			

26.1

0408050330-7876

1299



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERA

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26/01/18 O.S. _____

João Carlos
Chagas Oliveira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Infecção em Coto de Amputação de membro superior direito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Limpeza + Regularização do Coto

TIPO DE INTERVENÇÃO: Hto Cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Hto Cirúrgico

CIRURGIÃO: Vitor Pimenta de Sá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE 610

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESISTAS: _____

INSTRUMENTADORA: Dr. Anderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

(1) Paciente em DDHI sob plano anestésico.

(2) Preparação e antissepsia do coto de amputação com solução de Iodo + Campos esterilizados.

(3) Desbr. de nódulo e hiperplasia.

(4) Sutura com Curat. e Curat. e Curat.

(5) D. de



FICHA DE ANESTES

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N

20.45

Octopoda

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Neocaina 0.5%	15mg	BSA + sedação	1) Checar em de gases, drogas e equipamentos 2) ECG + SpO2 + PNI 3) Verificar mscE, JCO 4) O2 por cateter nasal
B	Midazolam	3mg		
C	Propofol	2g		
D				
E				
F				
G				
GLICOSE	LÍQUIDOS		Cálculo - Nono / Oro Férrea	
NOCD			Nono / Orogastrol - Cega	
SANGUE			Bot - Temp - Cálculo do Tubo	
			Gob Mfocosa	
			Dificuldade Técnica <u>nao</u>	
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			Uterino - Espasmo - Excesso Saco Duração Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	
ANESTESIA			Monitoragem - Antídoto Sinal Respiratório - Choque	
CÓDIGO		CIRURGIA		PERDA SANGÜÍNEA
		Uter P + Siderosa		

Dra. Ana Paula Thome - Anestesiologista

Dra. Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-PR 1408

close

CURRICULO

Vitaceae + Solanaceae

PERDA SANGUITA

Univerto - Espresso - Espresso Spresso
Deposito Respiratorio - Hiperfe
"Buckling" - Vento

Monterey - Antelope
 Grand Teton - Chicago





Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404. 4

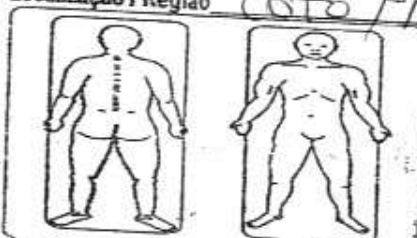
Paciente: Francisca das Chagas de O. Marques

DATA: 18.01.18

Localização / Região: Costa / MIA

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

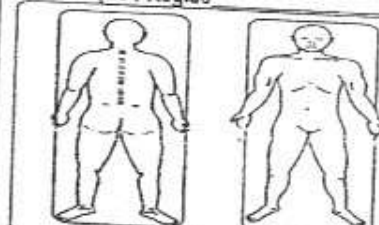


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



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

amanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☒ Tecido necrótico

uantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

ipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serosanguíneo

or: ☒ Sim ☐ Não

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

ondição da pele
erilesional: ☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☒ Outras 2 a 3 mm de sutura

olução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

obertura primária
ontato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

ora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

ata da Próxima troca: 19/01/18

m caso de + de 24hs

arimbo e ass. Adonildes de Araujo Cesar Soares Costa
sc. Enfermagem Técnico em Enfermagem
arimbo e Assinatura GOREN-RR 507.795/TE COREN-RR 599.290
Enfermeiro

BS:

OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	19/01/2018		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO	
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS			SND	
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			SUSP	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			SUSP	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			06	NTE
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN			SN	
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS			SN	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			SN	06:00
11	CURATIVO DIÁRIO			SN	06:00
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			SN	06:00
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D7			SN	06:00
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D6			SN	06:00
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA			SN	06:00
18				SN	06:00
19				SN	06:00
20				SN	06:00

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T
6 H	160/90	80		36,40
12 H	140x96	83		37°C
18 H				
24 H	150/90	85		36,50

Dr MARCELO MARQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13.00h às 19.00h.
Realizado administração de medicações de peróxido
paciente relatou que já está melhorando muito,
por esse motivo não quer mais o dia inteiro com
v.o. Segue aos cuidados da enfermagem, vigília
do sinais vitais.

Charlene Mendes de Souza
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 203.122-TE

Silvana Teixeira Feitosa
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 639.114-TE



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

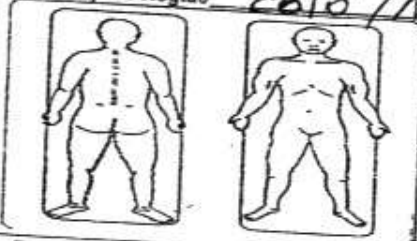
ENF/LEITO: 4104.4

Nome: Fraúdas das Chagas de O. Marques

ATA: 19.01.18

Localização / Região

COTO / MÃO

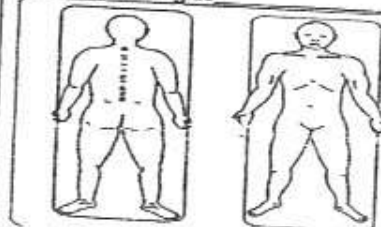


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



etiologia
☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

amanho da Ferida:
Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

aparência do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo
☒ Tecido necrótico

quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

odor:
☒ Sim ☐ Não

olor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

condição da pele
circunferencial:
☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☒ Outras exulsação Tórax

solução para limpeza
☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

cobertura primária
(contato direto na lesão)
☒ Gaze
☐ Fibrinase ☐ Colagenase
☐ AGE ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ Outro:

hora do curativo:
☒ Manhã ☐ Tarde

data da Próxima troca:
a caso de + de 24hs 20.02.18

assinatura do profissional de enfermagem
01- Rozângela Miguel de Souza
Téc. Enfermagem
COREN-PR 628.703

assinatura do enfermeiro
02- Adenilson Araujo
Téc. Enfermagem
COREN-PR 507.195/TE

OBS:

404-4

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA		DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE		FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO		AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS							
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2			
ITEM	LEITO	404-4	DATA	20/01/2018			
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS						SND
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA						SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						06:00
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN						SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS						SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN
10	SSV + CCGG 6/6 H						SN
11	CURATIVO DIÁRIO						Potina
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS						Potina
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D7						12:00 24:00
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D6						12:00 24:00
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA						36
18							14:00
19							
20							
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							

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	150/90	80	20	36,5°C	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	171/95	89		36,4°C	
18 H	141/86	77		37,3°C	
24 H	148/90	82	20	36,8°C	

* 7:00hs a 19:00hs Pac segue no leito, aferindo SSV
adm, med presc. o item 17 por. recusou

Ana Rodrigues
Auxiliar em Enfermagem
COREN-RR 364.206

404.4

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE
RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH 11/01/2018 DN 14/06/1955

PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

AGNÓSTICO AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA

ALERGIAS _____

IDADE 62 ANOS HAS SIM DM2 _____
LEITO 404-4 DATA 21/01/2018

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS	SND
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	(06)
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN	SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS	SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
11	CURATIVO DIÁRIO	Rotina
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	curativo
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D7	12 18 06
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D6	(2) (2) (2) (2) (2) (2)
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA	16
18		14
19		
20		

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

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	114x98	97	19	36,5°C	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	130x120	76	20	36°C	
18 H	150x160	68	20	36,5°C	
24 H	142x83	90	20	36,7°C	

Adm de medicação
conforme prescrição
e verificação de SSVU
segue aos cuidados do
Enfermagem
Edilene Zózimo Pinheiro
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 001.079.401 TE

18:00 - Paciente recebe todos os cuidados
Gerais e essenciais, no mais segun-
dos os cuidados gerais do enfermeiro



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

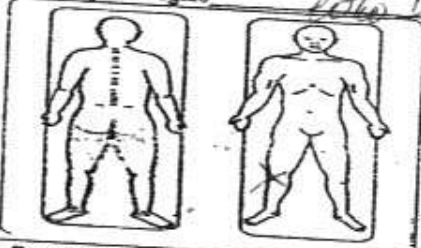
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Evangelista dos chapais mórtes 404.4

DATA: 21/01/16

Localização / Região

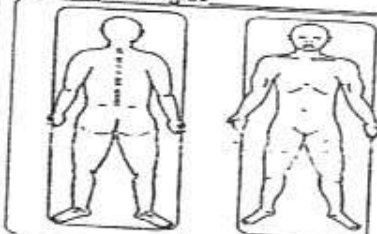


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Patologia
☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Medida da Ferida:
Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipos de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Odor:
☒ Sim ☐ Não

Dor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele perilesional:
☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras *Equimose*

Medicação para limpeza:
☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária (contato direto na lesão):
☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Dura do curativo:
☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:
a partir de + de 24hs *Diário*

Registro e ass. em Enfermagem
01- *Jucilene Moreira*
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 453.354

Registro e Assinatura Enfermeiro
02- *Claudete da S. Leite*
Aux. de enfermagem
COREN-RR 507.143-RE

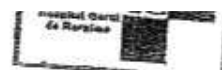
OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
ITEM	LEITO	404-4	DATA	22/01/2018	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3ND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06 JTC
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				Reima
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				Curativo
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D8				32 18 24 06 JTC
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D7				32 18 24 06
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				36 34
18					
19					
20					
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					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	150/90	69		Dr MARCELO MARQUES CRM 1918	
12 H	130/82	68	36,5	Residente de Ortopedia e Traumatologia	
18 H	150/88	88	36,5		
24 H	150/90	90	36,5		

12:00 Paciente no leito, adm med.
+ curativos de 6/6 h
SSV

Valdete de Almeida
Técnica de Enfermagem
771-113 06400-TE

13:00 h -
no leito, adm
medicação +
curativos
de 6/6 h
Cátia Aparecida de Menezes Silva
Técnica de Enfermagem



Comissão de Curativo - HGR

Formulário nº 1 | Versão: 06 | Data de Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404-4

Nome:

Francisco das Chagas de Oliveira Marques

DATA: 22.03.18

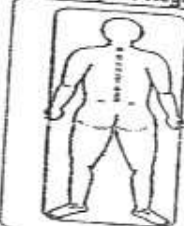
Localização / Região

M.I.D. (coto)



DATA:

Localização / Região



☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escabelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele Perilesional:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras equimose

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

☐ Gaze ☐ Colagenase
☒ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Ter. em Enfermagem

01-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

01-

02-

OBS:

OBS:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
ITEM	LEITO	404-4	DATA	23/01/2018	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8 HORAS				SND
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				SN
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D8				SN
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D7				SN
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				SN
18					SN
19					SN
20					SN
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					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	130/90	90		+	
12 H	140 x 80	-	-	36,5	
18 H	145/76	97	21	36,0	
24 H	130/90	90		36,3	
Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

Manhã: Prescrito medicação com
+SSVV. Txc.
Descomplicado
638987
CORRE

Das 17h, no
leito, com
medicação e
Aferido sinais
vitalis, segun
cuidados de
enfermagem

Gilda Aparecida de Oliveira Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 791.366-TE



acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Data de Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 404.4

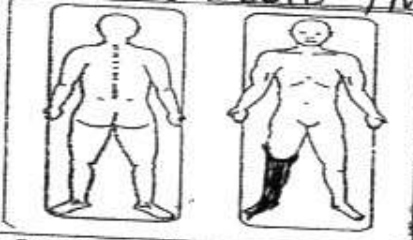
Nome: Francisco das Chagas de O. Marques

DATA: 23/01/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região com 1º e 2º membros

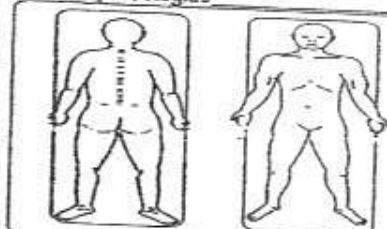


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



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

Tamanho da Ferida:
Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:
☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato
☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:
☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor:
☒ Sim ☐ Não

Odor:
☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional:
☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza:
☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão)
☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:
☒ Manhã ☐ Tarde

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

Carimbo e ass. 01-
Técnico em Enfermagem

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

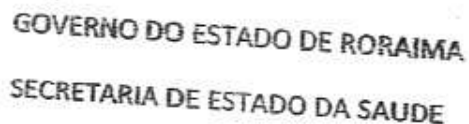
01-
Adriana Alves Mota
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 1.111.111-11

02-
Adriana Alves Mota
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 1.111.111-11

03-
Adriana Alves Mota
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 1.111.111-11

OBS:





QUANTIDADE DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Francisco dos Santos, Álvaro				26 / 01 / 19
TIPO		CIRURGIA		

TIPO		CIRURGIA		28	1011
Exatidão de Ponto 100% (10)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		20:48	21:40		

QUIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA	
2º AUXILIAR	ANESTESISTA:	2º - Dr. Paulo
	RES. ANESTESIA:	✓
	INSTRUMENTADOR	

122-19610	INSTRUMENTADOR
9 AUXILIAR	CIRCULANTE
Dr. Adriano / Dr. Bruno	Dr. Claudio, Fábio
TIPO DE ANESTESIA: Raquel + Sedação	TEMPO DE DURAÇÃO
QUANT. MATERIAL	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	TEMPO DE DURAÇÃO:	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1		FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE				FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0				FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5				FIO VICRYLN°	
1	LUVA ESTERIL 8.0				FIO MONONYLON N° 2/0	
1	LUVA ESTERIL 8.5				FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	PROCEDIMENTOS				FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURIN° 23				FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°				FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°				FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°				FIO SEDA N°	
	SERINGA 01ML				SURGICEL	
	SERINGA 03ML				CERA P/ OSO cateto 02	
7	SERINGA 05 ML		1		KIT CATARATAN° cateto	
1	SERINGA 10ML		1		GEOFOAM Ego. po m. c. o	
1	SERINGA 20ML		1		FIA CARDIACA 0.8x. 1.5x. 1.5x	
	Alcool 70%				OUTROS: Ovos. 1.5x. 1.5x. 1.5x	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
QUIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
INSTRUMENTADOR (A)				
		SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Francisco das Chagas Oliveira



SAU

TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saida S.O.	Cirurgia Realizada
20:42	20:40	20:35	21:40		
Cirurgia Realizada: <u>Retorção de bexiga</u>			Anestesia: <u>Posição: nento</u>		
Hidratação: <u>Infundida</u>			Antibiótico: <u>Terapia</u>		
SF a 0,9%:			Hemodinâmicos:		
SG a 10%:			CH:		
Outros:			Plasma:		
N° de compressas colocadas:			Plaquetas:		
N° de compressas recolhidas:			Antídoto Ppt. Iglico:		
Sinala Vitalis:			<u>Uso</u>		
T: <u>37,5</u> °C			<u>5</u> Sim		
SAT: <u>97</u> %			N° pegasi:		
FC: <u>98</u> bpm			<u>()</u> Cultura		
PA: <u>14x6</u> mmHg			<u>()</u> Outros:		
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X					
() Outros:					
Legenda					
1. Eletrodos					
2. Oxímetro					
3. PVC					
4. Placa de Bisturi					
5. Incisão					
6. Cateter					
7. Venoclise					
8. Dreno					
9. SNG					
10. Faixa de Smarch					
11. Outros:					
Destino: () SRPA () UTI () Outros:					
Documento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENFER - ANA					

Sinala Vitalis		Balanco Hídrico	
T	P	Entradas	Saídas
1'h	15'	HV	Dreno
90	120	CH	Diurese
			SNG
			Outros

Localização	
1'h	2'h
1. Sonda	2. Curativo
3. Dreno	4. Acesso Venoso
5. Outros	

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Geral de Roraima

Consulta de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico

Nome do Paciente: FRANCISCO DA CHAGAS Idade: 62 Sexo: MASC Cor: PARDA Setor: U LT: 40
DN: 14-06-55 Etnia: - Cartão do SUS: - Data de Internação: - Data da Cirurgia: -
Nacionalidade: BRASILEIRA Tipo De Cirurgia: - Tipo de Anestesia: - Dieta Zero a partir de: -

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRE OPERATÓRIA

Antes de iniciar a consulta siga as seguintes instruções: Apresente-se nominalmente. De um aperto de mão, explique o que vai fazer. Assegure a privacidade e sossego. Organização cronológica dos fatos. Fechamento da entrevista com esclarecimentos apropriados. Explique sempre o que vai fazer passo seguinte. Use Roupa adequada (uniforme). Linguagem corporal adequada. Contatos oculares e físicos (naturais). Encorajamento narrativo - Mostre iniciativa. Senso de humor e interesse. Use o silêncio em questões polêmicas.

Fases do Processo

Conferência Do Prontuário

Verifique se o prontuário pertence àquele paciente, se os procedimentos cirúrgicos e anestésicos foram planejados, se esses estão anotados no prontuário, e se os exames laboratoriais e de imagem são de fato do paciente. Além do nome do mesmo constar no Mapa Cirúrgico do dia.

Itens avaliados/realizados

	Sim	Não	Observações
Exames Hemograma e Bioquímica			
Exames de Imagem			
Eletrocardiograma			
Risco Cirúrgico			
Agendamento de Cirurgia			
Inscrito no Mapa Cirúrgico			

História Clínica E Antecedentes

O objetivo primordial dessa consulta é o de reunir dados sobre o paciente, que nos levarão a compreender seu processo patológico subjacente. Nela avaliaremos suas atitudes, crenças e tendências em relação à enfermidade que o acomete. Igualmente importante é estabelecermos um relacionamento aberto com o paciente. Este relacionamento é elemento essencial para um relacionamento bem sucedido.

	Sim	Não	Observações
Alergia?			
Fumante?	X		Qual?
Diabetes?		X	Qts Cigarros/Dia?
Hipertensão?		X	Medicação:
Cirurgia anterior?	X		Medicação: Qual? <u>ORTOPÉDICO</u>

Sentimentos Expressados Antes Da Cirurgia

A consulta pré-operatória de enfermagem pode contribuir para a diminuição do estresse do corpo enfermo, pois o relacionamento interpessoal é indispensável para a identificação dos significados que ele dá à doença, ao internamento e ao tratamento.

	Sim	Não	Observações
Calma			
Angústia			
Ansiedade			
Angústia e Ansiedade	X		
Tristeza			
Medo da Morte			

Orientações De Enfermagem

Estimule a comunicação eficaz e adequada quanto ao Horário de Suspensão da Dieta, que dieta 0 é não comer e beber nada. Retirar todos os pertences, adornos e próteses, guardar com o familiar ou setor administrativo, que ao ser encaminhado para o Centro Cirúrgico deverá estar somente com bata, touca e propé. É sem roupas íntimas. Banho e Higiene Pessoal deverá ser feito antes da hora marcada e não deverá ser encaminhado para a cirurgia com cabelos molhados, pois há risco de choke ou queimaduras q't a placa do bisturi. Dependendo da Cirurgia poderá retornar com sonda ou cateter. Ao retornar não deverá usar travesseiros nas primeiras horas, para evitar cefaléia pós anestésica. Deverá aguardar liberação para dieta e levantar-se do leito. Sintomas como calafrios, náuseas e vômitos são comuns devido à anestesia, eliminando quaisquer dúvidas a respeito dos procedimentos que serão realizados e os materiais que deverão ser utilizados.

	Sim	Não	Observações
Dieta zero	X		
Prótese Dentária	X		
Adornos	X		
Instruído aonde guardar pertences?	X		
Vestimentas	X		
Higiene Pessoal	X		
Sondas e Catéter	X		
Encaminhamento ao Centro Cirúrgico	X		
Retorno do Centro Cirúrgico	X		

404-4

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNOSTICADA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIA:		HAS	SIM	DM2	
IDADE 62 ANOS		LEITO	404-4	DATA	26/01/2018
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL COMUM	HORÁRIO			
2	SFO, 9% 500ML EV 8/8 HORAS	S/M			
3	ENOXICAM 400 MG IV, 1X/DIA	SUSP			
4	OMEPRAN 20 MG VO 1X/PELA MANHA	SUSP			
5	METOPROLOL 50 MG EV 8/8H S/N	06			
6	DIPIRONA 500 MG 2X EV DE 6/6H S/N	S/N			
7	TRAMADOL 100 MG + 100ML SF 0.9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS	S/N			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N			
9	SSVV + CCGO 1/6 H	S/N			
10	CURATIVO D/PIO	S/N			
11	CEFALOTINA 1G EV 6/6 HORAS	S/N			
12	CLINICAL 300 MG VO 6/6 HORAS D10	S/N			
13	OLEO DE FICUS 10 ML VO 1X/DIA	S/N			
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), COM 10 UI: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50-70 DL/ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

#ENFERMIDADE: DO PULMÃO, DO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
#SÍMPTOMAS: FEBRE, LÓTI, ADIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NO TÓRAX, HIDRATADO.

#SOLICITADO:

#CONDICIONAMENTO: ANTERIOR À INTERNAÇÃO

#PRONÓSTICO: MACRO CIRURGIA

#PRONÓSTICO DE ALTA: SEM PRONÓSTICO

SIN	PA	FR	T	Dr. MARCELO MARQUES CRM 1818
6				Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	140/100	20	36	
18 H	149/83	20	36	
24 H				

13 de 19
Pac. com
Jejum P/ma
30/01/2018
Verificado
SSVV

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	62 ANOS	LEITO	404-4	DATA	27/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				S+D
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D10				
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				
18	MORFINA 10mg + 9ml AD				
19	VITAMINA K 1 ampola IM				
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	120x70	99	-	36-64
12 H	120x77	80	-	36-14
18 H	156x73	85	-	36-25
24 H	140x80	96	-	37-13

Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Amilda Nascimento de Sousa
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 776.767-TEC



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06 Data de Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404.4

Nome: Francisco das chagas de O. Marques

DATA: 27/01/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região M.I.D.



Amputado

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo ☐ Tecido necrótico

Qualidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor: ☐ Sim ☒ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:

Hora do curativo: ☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca: _____

Em caso de + de 24hs _____

Cat. e ass. Téc. em Enfermagem 01- _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro _____

OBS: _____

Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo ☐ Tecido necrótico

Qualidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor: ☐ Sim ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ Sem odor

Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:

Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: _____

Em caso de + de 24hs _____

Cat. e ass. Téc. em Enfermagem 01- _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro _____

OBS: _____

01- _____
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

02- _____
Téc. Enfermagem
COREN-RR 629.703



GOVERNO DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	28/01/2018		
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				(06:00)
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				21:30
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFALOTINA (1G) EV. 6/6 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D10				
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				
18	Mefen 10 mg				
19	AD 9 ml				
20	4 ml de solução				
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					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUITA: ANTIBIOTICOTERAPIA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS V	PA	FC	FR	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H	117/74	106	36.5		
12 H	16 x 70	93	36.5		
18 H	140/70	98	36.7		
24 H	122/71	104	36.9		

O item 15 foi adm. as 18:00 porque só foi liberado da farmácia as 14:00
O item 17 o paciente recusou por já estar evacuando
O item 18 trocado de 10 mg para 5 mg
O item 19 trocado de 9 ml para 4 ml
O item 20 trocado de 4 ml para 2 ml



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

28/01/20
21:20h

Francisco dos Chagas, 62 anos
2º PO amputação de perna (D)

Paciente refere dor moderada em local de amputação após curativo. Sem outras queixas

Ao exame: BEG, curado, hidratado, ateu, AAA.

AR: MV ⊕ SIRA

AC: RCR 2TBNF disspw

Abol: Intelecto

Ext: BPP, S/edema

CD: Dipirona (EV) 1g aqra
morfina 4mg AGM

Reavaliação de piora clínica

Dr. Tiago Guimarães Grati
Médico
CRM-RR nº 1975

ASSINATURA: _____



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGRB

Protocolo nº I Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

404-4

Paciente: Francisco dos Anjos

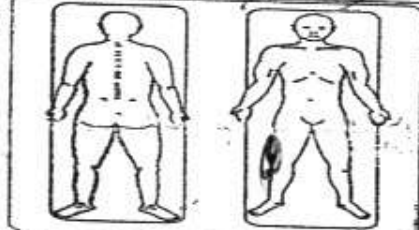
DATA: 28/01/18

Localização / Região: M.D.

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

I

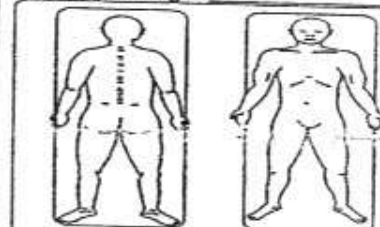


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo ☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor: ☒ Sim ☐ Não

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

Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

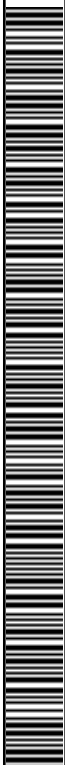
Data da Próxima troca: _____
E _____ de _____ de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- Carimbo 02- Bernice

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 01- Carimbo 02- Bernice

OBS:

OBS:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE	FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA				
AGNÓSTICO	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA				
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	29/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				5ND
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN-12 19
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				Retina
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				Curativo
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D11				12-18-24-06
16	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				12-18-24-06
18	Monitus 10g + 9 ml AD -> susp 5ml 8/8h. SN				(Suspensão)
19					
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	130/80	97	19	36.50
12 H	130/90	78	19	36.6
18 H	150/80	103	19	36.90
24 H	140/78	100		36.0

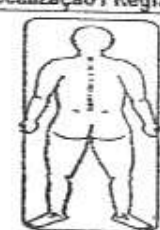
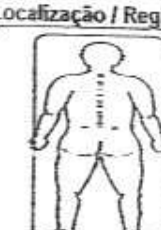
Dr MARCELO MARQUES CRM 1918

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Obs 7 de 13 Adm medicação, SSVV, puncionado no ms D com gelo 30.

Ana Maria da Silva
Auxiliar de Enfermagem
ODREN-RR 000.411.634

17:30 Realizado procedimento de punção de SSVV adm. med e m. SSVV aos cuidados de enfermeira e farmácia.

 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 404.4		
Nome: <u>Francine das chagas de O. Marques</u>				
DATA: <u>29/01/18</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>MI D</u>  		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 Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico <u>Sutura intacta</u>		☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☒ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☒ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Epitelma / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras <u>Eritema</u>		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Medicamentos utilizados:	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 1% ☐ 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:	<u>Diário</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Lígia Alves Mata</u> Enfermeira COREN-RR 1.247.428 - TE	02- <u>Berenice</u> Técnica COREN-RR 1.172	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:		OBS:		
Paciente refere episódio de febre no dia de hoje. Sigando pela manhã. <i>Lizandra Almeida Sampaio</i> Enfermeira COREN-RR 192.888-AE				

404-4

GOVERNO DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	LEITO	404-4	DATA	30/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D11 a 12				
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				
18					
19					
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	150/90	94	18	37°	
12 H	127/92	101	19	36,7°	
18 H	132/76	88	-	36,3°	
24 H	150/100	100	20	37°	

13.00 às 19.00h:

Realizado no quarto dos 14 anos, paciente queixar-se de dor na região administrada após o de 14/01/2018.

A medicação analgésica 300mg de tramadol no hospital.

Silvana Teixeira F
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 639.114



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

404.4

Nome: Francisco das chagas de O Marques

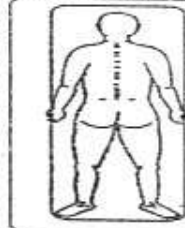
DATA: 30.01.18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

M.I.D



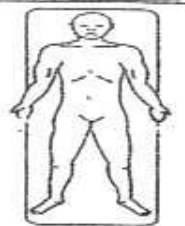
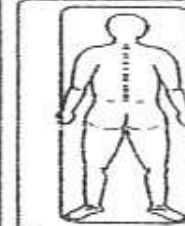
Amputado

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☒ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida:

Comprimento 2 cm Largura 1 cm
Profundidade 2 cm

Apresentação do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo pouco

Dor:

☐ Sim AU TOQUE ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele
Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza:

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

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

Diário

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01- Janaina da Silva Rocha

02- Priscilla Miguel Denduro

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

OBS:

OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE	FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA				
AGNÓSTICO	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2		
IDADE	62 ANOS	LEITO	404-4	DATA	31/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN 8:30
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				8:30
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
11	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D11				12 18 24 06
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				16 20 06
18					
19					
20					
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					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	Q	
6 H	147x84	111	16	36,5°	Dr MARCELO MARQUES CRM
12 H	138x84	92		36,5°	1918
18 H	120x70	92		36,3°	Residente de Ortopedia e
24 H	154x87	100	16	36°	Traumatologia

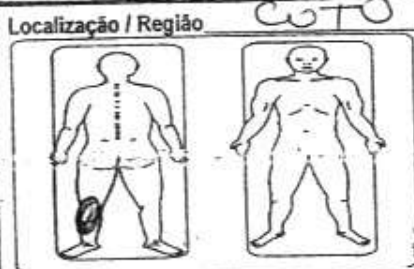
7as 13h encaminhado ao banho de aspersão
pós-refeição administrado medicações dos últimos 7 e 8
com 7e 8 dias
18:45 administrado medicação +
SV. segue aos cuidados da enfermagem.
aux. Franci Siqueira Monteiro

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Date da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualização: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 404-4		

Francisco dos Chagas

3/01/18

RAU - I
RAU - II



DATA:

☐ GRAU - I
☐ GRAU - II



Logia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Medida da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade _____ cm

Presença do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Cor de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serosanguíneo

Odor:

☒ Sim ☐ Não

Localização da pele

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Medicação:

☒ Sol. Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Localização do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Logia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Medida da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade _____ cm

Presença do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato

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

Cor de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Odor:

☐ Sim ☐ Não

Localização da pele

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Medicação:

☐ Sol. Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Localização do curativo:

☐ Manhã ☐ Tarde

OBS:

OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA	DATA DE ADMISSÃO	DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2		
IDADE	62 ANOS	LEITO	404-4	DATA	01/02/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN 06
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
11	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				19 18 24 06
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D12				12 18 24 06
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				20 06
18					
19					
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	DE	
6 H	128/82	103	20	36		Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
12 H	136/77	105	-	36	++	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	150/86	96	20	36	-	
24 H	152/83	93	20	36		

12h. Adm. medicação conforme P.M. aferido SSVU. P.M. não relata queixas, segue aos cuidados da enfermagem.

Jucyline E. de Menezes
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 1728 245 TE

10as 07. Aferido SSVU. P.M. não relata queixas, segue aos cuidados da enfermagem.

Loedi C. Messerschmidt
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 527801-AUX

13as 19h. Aferido SSVU. P.M. não relata queixas, segue aos cuidados da enfermagem.



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404-4

Nome: Francisco das Chagas

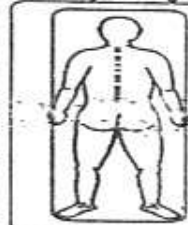
ATA: 03.02

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região

MED (COTO)

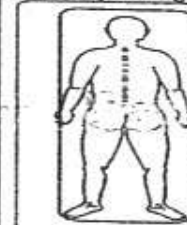


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Presença do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com escabelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Cor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele

Perilesional:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras _____

Solução para limpeza

☒ Gaze fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária

Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

em _____ de + de 24hs

Parimbo e ass.

Rec. em Enfermagem

Parimbo e Assinatura

do Enfermeiro

01- Selma Paula F. da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 934.631

02- Isis Simão M. de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR- 896.605 - TE

OBS:

OBS:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	02/02/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				(06) NR
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				24
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Rotina
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Curativo
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D12				12 18 24 06
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				12 18 24 06
18					(20) Paciente
19					
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	160x90	105	-	35.2	
12 H	140x80	-	-	36.0	
18 H	144x74	96		35.0	
24 H	138x81	144	20	36.4	

Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Realizada Medicação com
+SSVV. T x r. Observado
638982
Lousa

13 às 19. Adm. med. de horário.
Aferido SSVV, segue aos cui-
dados da enfermagem
Téc.
Julia Maria Ferreira de Souza



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404.4

Nome: Francisco das Chagas Oliveira Marques

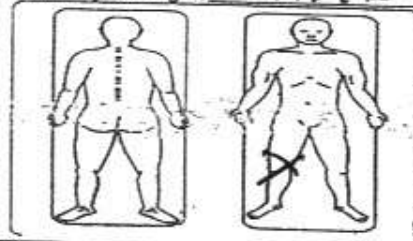
DATA: 02.02

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II XI

Localização / Região

MÍDIO



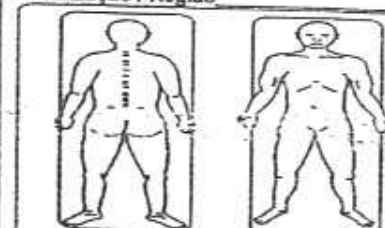
coto

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

Dor:

☐ Sim Autógeno ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele

Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Dian

Carimbo e ass.

Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

01- Jeadina da Silva Rocha

02- Rosângela

Téc. Enfermagem

COREN-RR 551.943

COREN-RR 551.943

OBS:

OBS:

Realizado curativos
por paciente com
a lava nº 7 - esteril
tec. Jeadina da Silva Rocha
Téc. Enfermagem
COREN-RR 551.943

404.4

GOVERNO DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	03/02/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SN
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				SN
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
14	CEFTAZIDIMA 1G EV. 8/8 HORAS				curativo
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D12				14 22 06
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				12 18 24 06
18	AMTRIPTILINA 25 MG VO 1X/DIA À NOITE				20 06
19					
20					
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					

MF

20 06

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOLICITADO :

CONDUTA : ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TAX	
6 H	136x76	100	20	36,9%	DrMARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	130/80	90	19	36,6%	
18 H	140/80	100	20	36,8%	
24 H	130x80	105		37,3%	

	Acompanhamento das Feridas		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Comissão de Curativo - HGR		Atualização: Janeiro / 2015		
			ENF/LEITO: 404-4		

Nome: Francisco dos Santos
Data: 03/02/18

Localização / Região 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região
--------------------------	--	--------------------------

Logia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ 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
Condição da pele perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:
Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:
Cobertura primária (contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro:
Horário curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01- <u>Carmen Lucia Figueiredo de Souza</u> 02- <u>Desa Benício</u>

OBS:	OBS:
------	------

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSKY Q85G6 RQLK 22FCR



404-4

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTACÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	04/02/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNF
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SUSP
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06/NTF
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMADOL 100MG 20 gotas vo 8/8 horas SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFTAZIDIMA 1G EV. 8/8 HORAS				
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D12				
17	OLEO MINERAL 10 ML VO 1X/DIA				
18	AMTRIPTILINA 25 MG VO 1X/DIA À NOITE				
19					
20					
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					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	130/80	103		37°C	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918
12 H					Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	130x70	92			
24 H	140/70	96		36,2°C	

06:00 Adm os medicamentos e aferido os SSVU de horário. Paciente segue sem queixas no momento. Charley.

Charley
Técnico de Enfermagem
CRP 203.122-TE



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 404-4

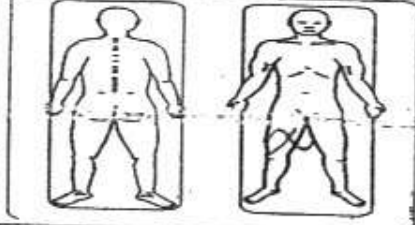
Nome: Francisco das Chagas de O. Marques

DATA: 04.02.18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região MI D (coto)

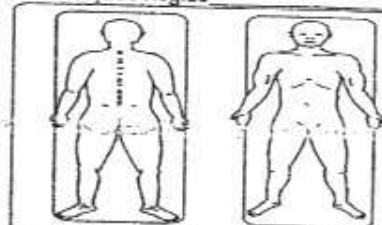


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

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

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☒ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

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

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serosanguíneo

Dor:

☒ Sim pouco ☐ Não

Odor:

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

Condição da pele

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Perilesional:

Medicamento para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo:

☐ Manhã ☒ Tarde

Data da Próxima troca:

Diário

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

01- Iris Simone M. de Oliveira Vanessa da Silva Moraes
Técnica Enfermagem Técnica Enfermagem
COREN-RR 896.805 - TE COREN-RR 965.152 TE

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

O curativo só foi realizado por quem comprou a luva esteril 7.0.

Vanessa da Silva Moraes
Técnica Enfermagem
COREN-RR 965.152 TE

Iris Simone M. de Oliveira
Técnica Enfermagem
COREN-RR 896.805 - TE

OBS:



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente:	FRANCISCO DAS CHAGAS	Sexo:	M	Nasc:	07/02/1962	Idade:	55A
Requisição:	20225285	Sector:	GT	Coleta:	11/01/2018 20:43:02		
Origem:	HGR	Leito:	VERMELHA	Emissão:	11/01/2018 23:01:51		

Coagulograma

Material: Plasma

Método: Coagulômetro Automatizado

		Referência
Tempo de Protrombina	INSUFICIENTE s	10 - 14
Atividade Enzimática	INSUFICIENTE %	70 - 100
RNI	INSUFICIENTE	0.8 - 1.20 (Aceito 2.0-3.0)
TTPA	INSUFICIENTE s	24 - 40
Ratio	INSUFICIENTE	
Fibrinogênio	INSUFICIENTE mg/dL	180 - 350

Observação:
INSUFICIENTE

Jonnath Chagas
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 508





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente:	FRANCISCO DAS CHAGAS	Sexo:	M	Nasc:	07/02/1962	Idade:	55A
Requisição:	20225285	Setor:	GT	Coleta:	11/01/2018 20:43:02		
Origem:	HGR	Leito:	VERMELHA	Emissão:	11/01/2018 23:01:51		

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

		Referência
ALBUMINA	3.64 g/L	3.5 - 5.5
TRANSAMINASE - TGP	29.50 U/L	11.0 - 39.0
TRANSAMINASE - TGO	19.76 U/L	5.0 - 38.0
PROTEINA C REATIVA - PCR	0.07 mg/L	0.0 - 8.0
cK+	4.50 mmol/L	3.5 - 5.0
cNa+	146.00 mmol/L	136.0 - 146.0
cCa2+	1.26 mmol/L	1.15 - 1.29
cCl-	103.00 mmol/L	98.0 - 106.0
CREATININA	0.96 mg/dL	0.4 - 1.4
BILIRRUBINA DIRETA	0.13 mg/dL	0.0 - 0.4
BILIRRUBINA INDIRETA	0.24 mg/dL	0.4 - 1.0
BILIRRUBINA TOTAL	0.37 mg/dL	0.4 - 1.4
UREIA	74.33 mg/dL	15.0 - 45.0


Dra Hildete de Oliveira
Farmacêutica-Bioquímica
CRF-RR 321





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

Requisição: 20225352

Origem: HGR

Setor: CENTRO CIRURGICO

Leito: NAO INFORMADO

Sexo: M Nasc: 14/06/1955 Idade: 62A

Coleta: 11/01/2018 23:25:17

Emissão: 11/01/2018 23:53:15

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

		Referência
LEUCOCITOS	19.81 x 10 ³ /uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	80.80%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	13.90%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	4.30%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	0.60%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.40%	0.0 - 1.0

Eritrograma

		Referência
ERITROCITOS	2.68 x 10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	8.30 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	23.30 %	37.0 - 54.0
VCM	87.10 ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	31.00 pg	27.0 - 34.0
CHCM	35.60 g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	12.30 %	11.0 - 16.0
RDW SD	50.40 fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

		Referência
PLAQUETAS	260.00 x 10 ³ /uL	150 - 400
VPM	7.80 fL	6.5 - 12.0
ADP	15.80	9.0 - 17.0
PCT	0.203 %	1.08 - 2.82

Rosilane Reis Rocha
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 230

404-4

ÁREA AMARELA

LETO: 03

REGISTRO

HD: Amputação traumática MID

O's job keeps going intense no
land around community depends on
community's future expansion

AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Родство и брак

1st Administrative Medicine
Open the brain

Regulador
para leito
404-2
Regulação Interna

but

Dr. Pietro Di Giovanni
Via ... 100072
Tel. ... 525



SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

Agência alocada às

Recebido por

Entregue por

Solicitação incompleta, inadequada ou ilegível, não será aceita pelo serviço de Hemoterapia (RDC 034/2014 e art. 169 da Portaria MS nº158/2016).

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade Administrativa: HGR

Bloco: D

Leito: 404-6

Nº do Prontuário: 1800893112

SUS/Nº do Cartão:

Nome do Paciente: FRANCISCO DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Nome da Mãe: MARIA AUXILIADORA DE SANTOS

Endereço: RUA - IVONE PINHEIRO - ALMEIDA - 800 MIM

Sexo: M () F ()

Data de Nascimento: 14/6/1955

Idade: 62

Fone: N/A INFORMADO

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Diagnóstico: ANEMIA DE FERRA

DIREITA

Hemoglobina: 5.40 g/dL

Plaquetas: 193.00 /mm3

Hematócrito: 15.20 %

Peso: kg

TRANSFUSÕES ANTERIORES () SIM () NÃO

Solicitou Doadores () Sim () Não

Data da última Transfusão: / /

Distúrbio de Coagulação () Sim () Não

Onde:

Sangramento Ativo () Sim () Não

Reação Transfusional () Sim () Não

Histórico Gestacional () Sim () Não

Qual tipo:

HEMOCOMPONENTES / HEMODERIVADOS SOLICITADOS

Tipo de solicitação

Descrição

Quantidade

() Urgência, a realizar dentro de 3 horas

Concentrado de Hemácias (± 250 ml/unidade)

02 UND

() Rotina, a realizar dentro de 24 horas

Plasma Fresco Congelado (± 200 ml/unidade)

() Programada, para procedimento eletivo com possível transfusão em:

Concentrado de Hemácias Filtradas (± 250 ml/unidade)

14/01/18 às 18:40 horas.

Concentrado de Plaquetas (± 70 ml/unidade)

() Emergência / Extrema Urgência, quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.

Concentrado de Plaquetas por Aférese (≥ 200 ml/unidade)

Preencher Termo de Responsabilidade, Conforme Portaria MS nº158/2016, Art. 171.

Fator de Coagulação (UI)

Tipo:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Eu, Dr(a) MARCELO MARQUES DA SILVA, CRM 1718

afirmo estar ciente que a transfusão ocorrerá antes da conclusão dos testes pré-transfusionais (determinação ABO/RhD do receptor, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade). O quadro clínico justifica a emergência e o retardo no início da transfusão pode colocar em risco a vida do paciente. Autorizo a transfusão de emergência e me responsabilizo pelas consequências do ato transfusional.

- A > Obrigatória a prescrição médica do produto no prontuário do paciente.
- T > Avisar 20 minutos antes da utilização do Plasma Fresco Congelado para seu descongelamento.
- E > Necessário registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e sinais vitais do paciente antes, durante e no final do procedimento.
- N > Em caso de Reação Transfusional: ENVIAR IMEDIATAMENTE ficha de notificação (01 via) + bolsa com equipo e amostra pré-transfusão para análise laboratorial. Registrar no prontuário o fato ocorrido.

DEVOLVER IMEDIATAMENTE

Todos produtos não transfundidos e dentro do prazo de validade.

Data: 14/01/18 Hora: 18:40

Data: / /

Hora: - -

OBSERVAÇÃO

Médico solicitante - assinatura e carimbo

Responsável pela coleta



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

Requisição: 20225382

Origem: HGR

Sector: GT

Leito: VERMELHA

Sexo: M Nasc: 14/06/1955 Idade: 62A

Coleta: 12/01/2018 04:47:55

Emissão: 12/01/2018 05:04:21

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

		Referência
LEUCOCITOS	11.02x10 ³ /uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	80.60%	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	15.10%	20.0 - 40.0
MONOCITOS	3.10%	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	0.40%	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.80%	0.0 - 1.0

MS leucopénia 1 CH

Eritrograma

		Referência
ERITROCITOS	2.63 x10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	8.10 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	22.90 %	37.0 - 54.0
VCM	87.20 ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	30.80 pg	27.0 - 34.0
CHCM	35.30 g/dL	32.0 - 36.0
RDW CV	12.70 %	11.0 - 16.0
RDW SD	52.20 fL	35.0 - 56.0

Plaquetograma

		Referência
PLAQUETAS	→ 15.00 x10 ³ /uL	150 - 400
VPM	6.50 fL	6.5 - 12.0
ADP	15.80	9.0 - 17.0
PCT	0.010 %	1.08 - 2.82

Observação

AMOSTRA NAO

Jonneth Chagas
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 508



N

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA					
AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA					
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	13/01/2018		
PRESCRIÇÃO					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0.9% 500ML EV 24/24h				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSP
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				CONT
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN				
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				
15	CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS				SUSP
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA				
17					
18					
19					
20					
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					

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Coleta de Exames-HGR

DATA 14 / 01 / 18

HORA 04:30

COLETA

Maria Silveira R. Vieira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 955.261
Vacinadora

Obs: não tem
a med. labor
do item 5
na Farmácia
de HGR
medicamentos
e
vitaminas

SINAIS V	PA	FC	FR	+
6 H	149/81	98	20	368C
12 H				
18 H	150/82	107		37
24 H	153/88	100	21	369C

Dr MARCELO MARQUES CRM 4
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Semana 7/2018
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 901.564-TE

Obs: Administrado o item 2, presente com quiquê
alguns medicamentos
04:00 às 19:00 segue os cuidados



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

Requisição: 20225959

Origem: HGR

Setor: BLOCO D

Leito: 404-4

Sexo: M Nasc: 14/06/1955 Idade: 62A

Coleta: 13/01/2018 21:19:22

Emissão: 14/01/2018 09:05:51

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma

		Referência
LEUCOCITOS	$8.45 \times 10^3/\mu\text{L}$	
NEUTROFILOS	65.50%	4.00 - 10.00
LINFOCITOS	22.70%	50.0 - 70.0
MONOCITOS	6.50%	20.0 - 40.0
EOSINOFILOS	4.30%	3.0 - 12.0
BASOFILOS	1.00%	0.5 - 5.0
		0.0 - 1.0

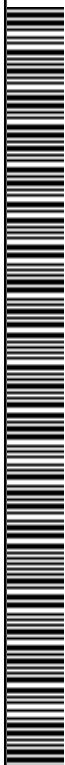
Eritrograma

		Referência
ERITROCITOS	$1.79 \times 10^6/\mu\text{L}$	
HEMOGLOBINA	5.40 g/dL	3.50 - 5.50
HEMATOCRITO	15.20 %	11.0 - 16.0
VCM	85.00 ug/mL	37.0 - 54.0
HCM	30.20 pg	80.0 - 100.0
CHCM	35.50 g/dL	27.0 - 34.0
RDW CV	13.20 %	32.0 - 36.0
RDW SD	47.30 fL	11.0 - 16.0
		35.0 - 56.0

Plaquetograma

		Referência
PLAQUETAS	$193.00 \times 10^3/\mu\text{L}$	
VPM	7.70 fL	150 - 400
ADP	15.70	6.5 - 12.0
PCT	0.149 %	9.0 - 17.0
		1.08 - 2.82

Daniel Gomes
Bióquímico
CRF-MA 2308





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

Requisição: 20225959

Origem: HGR

Setor: BLOCO D

Leito: 404-4

Sexo: M Nasc: 14/06/1955 Idade: 62A

Coleta: 13/01/2018 21:19:22

Emissão: 14/01/2018 09:05:51

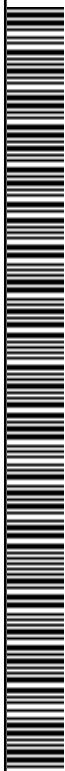
Coagulograma

Material: Plasma

Método: Coagulômetro Automatizado

		Referência
Tempo de Protrombina	12.60 s	10 - 14
Atividade Enzimática	129.00 %	70 - 100
RNI	0.90	0.8 - 1.20 (Aceito 2.0-3.0)
TTPA	26.60 s	24 - 40
Ratio	0.98	

Wellerson Mendes
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 043





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

Requisição: 20225959

Origem: HGR

Setor: BLOCO D

Leito: 404-4

Sexo: M Nasc: 14/06/1955 Idade: 62A

Coleta: 13/01/2018 21:19:22

Emissão: 14/01/2018 09:05:51

Exames

Material: Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

CREATININA

UREIA

1.21 mg/dL

18.77 mg/dL

Referência

0.4 - 1.4

15.0 - 45.0

Euler W. G. Figueira
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 234



4104-4

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA/
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE
RORAIMA
HOSPITAL GERAL

DATA DE ADMISSÃO

DIH

11/01/2018

DN

14/06/1955

PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA

ALERGIAS

IDADE

62 ANOS

HAS

SIM

DM2

LEITO

404-4

DATA

14/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0,9% 500ML EV 24/24h

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5

OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7

DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN

8

TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

14

CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS

15

CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D3

16

GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D3

17

2 unidades de insulina 290ml concentrada 100 unidades/ml

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

19

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

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TX	
6 H	160/100	98	20	38C	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	124/78	94	19	36L	
18 H	173/90	116	19	36.	
24 H	158/86	96	20	37,4C	

De 19 - Verificado SSVV e medicação presente
coletado amostra para transfusão.

Loedi C. ...
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 527801-AUX



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 06 Data de Elaboração: Fevereiro 2013
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 404.21

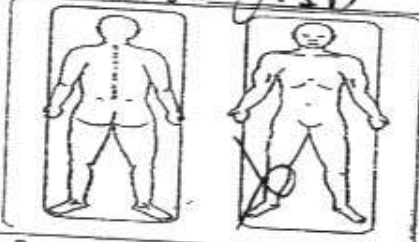
Nome: Francisca dos Chagas.

DATA: 14/01/18

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

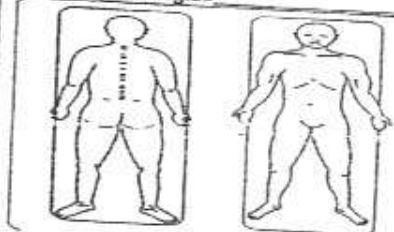


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:

Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☒ Serossanguíneo

Dor: ☒ Sim ☐ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☒ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão) ☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: 15/01/2018
Em caso de + de 24hs

01- Linandra Trindade Sampaio
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 492.866-AE

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

ferida com formação de fístula
e pele perilesional

Linandra Trindade Sampaio
Téc. em Enfermagem
COREN/RR 492.866-AE

OBS:

01- 02-



404-4

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL
PRESCRIÇÃO MÉDICA

GOVERNO DE RORAIMA
HOSPITAL DATA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

11/01/2018

DN

14/06/1955

PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA

AGNÓSTICO AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA

ALERGIAS

IDADE

62 ANOS

HAS

SIM

DM2

LEITO

404-4

DATA

15/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS

3

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

5

OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

7

DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN

8

TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS

9

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

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

14

CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS

15

CLINDAMICINA 600MG EV. 6/6 HORAS D4

16

GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D4

17

18

19

20

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

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	170/90	81	20	36,8°C	Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	140/100	94	18	37°	
18 H	140/90	96	20	37,6°C	
24 H	140/90	80	19	35,5°C	

7:30 coletados exames Laboratório de URGENCIA. Te
afundo SSVU. Elisabel

13:00 às 19:00 - Administra
medicações de horário,
Aferido SSVU, segue aos cui
dados da enfer -
Júlia Maria Ferreira de Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-RO 11.419/2006

404-2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA/ SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	11/01/2018	DN	14/06/1955
PACIENTE	FRANCISCO DAS CHAGAS DE OLIVEIRA				
AGNÓSTICO	AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PERNA DIREITA				
ALERGIAS					
IDADE	62 ANOS	HAS	SIM	DM2	
LEITO	404-4	DATA	17/01/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF0,9% 500ML EV 8/8 HORAS				SND
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	98 18			(24)
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSP
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				(06) N/F
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN	16.30			SN
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENS				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	18.00			SN 21 06
10	SSVV + CCGG 6/6 H				no final
11	CURATIVO DIÁRIO				curativo
14	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				susp.
15	CLINDAMICINA 300 MG VO 6/6 HORAS D5	12 18			24 06
16	GENTAMICINA 240MG 1X/DIA D5				16
17					
18					
19					
20					
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					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: ANTIBIOTICOTERAPIA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	160x90	92	—	35,2	
12 H					
18 H	177/99	83	80	36,3°C	
24 H	190x90	90	—		
					Dr MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
13:00 às 19:00h. Realizado administração de medicações de hoje, verificado sinais vitais, paciente sem alterações, apresentando-se bem, requerendo cuidados de enfermagem, segue sob cuidados. 16:30h. Paciente queixou-se de náuseas, intensas, administração de 10mg de metoclopramida. Paciente apresentou dor abdominal no epigástrio, do caráter 25ml de leite.					
Silvana Teixeira Freitas Técnica de Enfermagem COREN-RR 639.114-TE					
Silvana Teixeira Freitas Técnica de Enfermagem COREN-RR 639.114-TE					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJSKY Q85G6 RQLKU 22FCR



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGRB

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: PS 16 das chagas de O. Marques 404-6
TA: 17-01-18 Localização / Região: mi

GRAU - I

GRAU - II

ologia

manho da Ferida:

arência do Leito:

ntidade de Exsudato

o de exsudato:

r:

or:

ndição da pele

lesional:

ução para limpeza

bertura primária

ntato direto na lesão)

ra do curativo:

ta da Próxima troca:

caso de + de 24hs

rimos e ass.

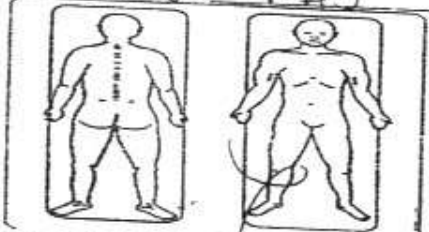
c. em Enfermagem

rimbo e Assinatura

Enfermeiro

BS:

Localização / Região

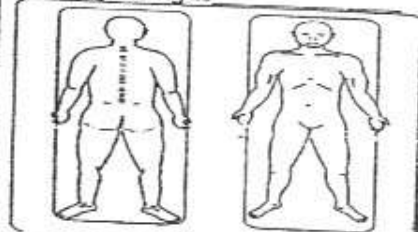


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



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

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

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

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

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

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

☐ Manhã ☐ Tarde

Diário

Elisandra Trindade Sampaio
Enfermeiro
CRENVR 402.866 AE

02-

Erica Marques Cirqueira
Enfermeiro
CRENVR 034.622

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

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

☐ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

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

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serossanguíneo

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

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

☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro:

☐ Manhã ☐ Tarde

01-

02-

OBS:

18/01/2018 (2) Rx do TNA.
18:00^h Na 7 (3) Augmentin + Creatine + Urea + Glaxia
(urgente)

avaliar PTE com p:co de PA elevada.
A, A, A, infuso - ventado 1 cannel
18:00, H, S15 no MV (blab), Na 20
ABT. p:co 2, depresso, Na 100 5m cannel,
ventado, blab (15) Et R p:co 1
Causa: E, che, infuso - val

Jorge L. Garcia Crespo
Médico
CRM/RR 982

18:00
na 200 cannel para hipertensão,
18:00, H, S15 no MV (blab), Na 20
ABT. p:co 2, depresso, Na 100 5m cannel,
ventado, blab (15) Et R p:co 1
Causa: E, che, infuso - val

Franciele Alencar Rodrigues
Enfermeira
COREN/RR - 353.437

01:40

Paciente com queixa de intensas
em m.i.d.

cd: Anz/AMT (Tremel/Martim). 03:00

Julio Cesar Costa
Médico
CRM-RR

02:20

Paciente apresentando dissecção
de tórax em eco cirurgico, com
sangramento ativo discreto.
conversa com Dr Alderson - Ortopedia
que orienta fazer curativo compressivo
e revelar pele manha com ortopedia.
PA: 160x100 FC:100.
cd: curativo compressivo.

Julio Cesar Costa
Médico
CRM-RR

Sarah Moraes Catarino
COREN-RR 907.550-72



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Francisco dos Santos de Oliveira RECEITUÁRIO

Unido médico

Paralela vítima de acidente
de trânsito com fraturas traumáticas
de perna direita na altura do tornozelo,
lesão com mecanismo lacerante, hemorragia
focada, o mesmo deverá iniciar
tratamento de fisioterapia

DATA

18/04/18

Vitor Fardes Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1835
RQE 810

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Bom Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Francisco das Chagas Oliveira RECEBUEIRO

106.475

Confecção de Prótese.
De mentes inferior direito
Coxo - Rodado. + Reabilitação.

13/06/18

DATA

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 1835

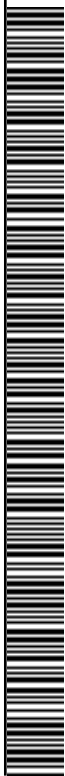
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL ARIITA
Rua Coronel Pinto, 606 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.301-100 - CNPJ: 04.213.408/0001-05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DETTRAN - RR Nº 013746363470
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
VIA 01 COD. RENAVAM 00165631880
FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA MARQUES
R FELIX PAULO PEREIRA CASA
EQUATORIAL Nº 0180
BOA VISTA-RR 69317352
074.838.302-63 PLACA NAM6399
FRANCISCO JAMIEL ALMEIDA LIRA
95VCB1C299M000917
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.
DAFRA/KANSAS 150
2P/0150CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA
SEM RESERVA DE DOMINIO & PROIB. SAIR AMAZ
OCIDENTAL VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
GUARDE ENCAIXA SEGURO
BOA VISTA-RR 17/11/2017
Antonio Francisco Beserra Marques
DETTRAN-RR
Intendente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DETTRAN - RR Nº 013746363470
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA 01 COD. RENAVAM 00165631880
FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA MARQUES
074.838.302-63 PLACA NAM6399
95VCB1C299M000917
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.
DAFRA/KANSAS 150
2P/0150CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA
SEM RESERVA DE DOMINIO & PROIB. SAIR AMAZ
OCIDENTAL VALIDO PARA TRANSFERENCIA
BOA VISTA-RR 17/11/2017
Antonio Francisco Beserra Marques
DETTRAN-RR
Diretor Presidente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DETTRAN - RR Nº 013746363470
BILHETE DE
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DE
074.838.302-63
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br
PREMIO TARIFARIO
R\$81.29
R\$9.03
R\$4.15
CUSTO BILHETE (R\$)
R\$0.7
PAGAMENTO
OPCA UNICA
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PESSOAIS CAUSADOS
AUTOMOTORES DE VANTAGEM TIRE-OU-POR-SUO-CAR
TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT



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: 2929181920201206160903

Processo 0829805-21.2020.8.23.0010 ☆ - (17 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: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Advogado NPJ ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐	8	06/12/2020 16:09:03	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
			Procurador
		8.1 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO
			⌵ KITSEGURADORALIDER.pdf
		8.2 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO
			⌵ 2770304CONTESTACAO01.pdf
		8.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO
			⌵ 2770304CONTESTACAOAnexo02.pdf
		EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO	
	7	26/11/2020 18:09:51	Para advogados/curador/defensor de LENNON GIRÃO DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO (26/11/2020)
			GEORGIA NAIADE ELUAN PERONICO
			Analista Judiciária
☐	6	26/11/2020 10:30:36	DETERMINADA A EXPEDIÇÃO DE MANDADO DE CITAÇÃO / INTIMAÇÃO
			EDUARDO MESSAGGI DIAS
			Magistrado
	5	19/11/2020 15:06:10	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
			SISTEMA CNJ
	4	19/11/2020 15:06:10	RECEBIDOS OS AUTOS
			SISTEMA CNJ
	3	19/11/2020 15:06:10	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR
		Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	19/11/2020 15:06:10	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO
		SISTEMA CNJ	
☐	1	19/11/2020 15:06:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			Wallyson Barbosa Moura
			Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08298052120208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LENNON GIRAO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/06/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/03/2020**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 12/03/2020 após 1 ANO E 9 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 26/06/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

Não há justificativa para delonga tão grande, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descaracteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/06/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na serra administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art.**

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 2 de dezembro de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LENNON GIRAO DA SILVA**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08298052120208230010.

Rio de Janeiro, 2 de dezembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117103

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

Data do Acidente: 26/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENNON GIRAO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200117103

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

Data do Acidente: 26/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENNON GIRAO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LENNON GIRAO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003408

Conta: 000004848-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

511.989.322-87

4 - Nome completo da vítima:

Lennon Gira da Silva

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

5 - Nome completo:

Lennon Gira da Silva

6 - CPF:

511.989.322-87

7 - Profissão:

mototaxista

8 - Endereço:

Rua Madre Radgundes

9 - Número:

316

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aparecida

12 - Cidade:

Rio Vista

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

69.306-230

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95)9-919-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3408

CONTA:

4848 6

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Vista 13/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2020 10:22

Data/Hora Fim: 12/03/2020 10:35

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 26/06/2018 16:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)

Bairro: COMUNIDADE INDIGENA

Logradouro: BR-174 -COMUNIDADE BANANAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LENNON GIRAO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 23/09/1989

Idade: 30 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Motoboy

Escolaridade: Ensino Superior Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA ALDIZIA MADURO GIRAO

Nome do Pai: SEVERINO CRISTOVAO SOUZA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 511.989.322-87

RG - Carteira de Identidade: 194638 SSP RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Madre Radgundes

Bairro: Nossa Senhora Aparecida

Telefone: (95) 99115-4727 (Celular) (95) 99118-9538 (Celular)

Nº: 316

CEP: 69.306-230

Nome Civil: YARA DIVA GUIMARÃES COSTA (COMUNICANTE, PROCURADOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 10/12/1962

Idade: 57 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Ivete Guimarães Costa

Nome do Pai: Derson Felix Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 762.732.616-87

RG - Carteira de Identidade: 464571-5

Endereço

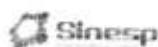
Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ACRE

Complemento: APTO 02

Bairro: DOS ESTADOS

Nº: 659



Delegado de Polícia Civil: Eric Silva Pereira
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 12/03/2020 10:35
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020-A01

Telefone: (95) 99119-0143 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.992.112-20	Placa NAP-8955
Renavam 00538648813	Número do Motor KD05E4D139125
Número do Chassi 9C2KD0540DR139125	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Pacaraima	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
LENNON GIRAO DA SILVA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este Distrito Policial para informar que na data e horário acima citado conduzia a motocicleta acima cadastrada com sentido Pacaraima/comunidade do bananal e que ao chegar no local acima citado como havia chovido muito a motocicleta derrapou vindo o comunicante e a passageira de nome Priscila Maduro Girão cair no chão; O comunicante informa que foi socorrido pela Ambulância do SAMU que o trouxe para o TRAUMA do HGR, onde permaneceu internado por 07 dias pelo fato de ter quebrado a perna direita no momento da queda; Este é o relato.

A COMUNICANTE/PROCURADORA SENHORA YARA (CÓPIA ANEXA). COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/CORRIGIR/ ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, **PARA FINS DE SEGURO DPVAT**, O QUE FOI FEITO ACIMA, BEM COMO COMO QUE A MOTOCICLETA DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA ESTÁ NO NOME DE GILVAN DE OLIVEIRA ALVES. É o aditamento/correção/acréscimo.

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Matrícula 42000908 Responsável pelo Atendimento		 Yara Diva Guimarães Costa (Comunicante / Procurador)
---	---	--

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010863/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/03/2020 14:46 Data/Hora Fim: 11/03/2020 14:59
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/06/2018 16:30

Local do Fato

Município: Pacaraima (RR)
Bairro: COMUNIDADE INDIGENA
Logradouro: BR-174 -COMUNIDADE BANANAL

Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LENNON GIRAO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 23/09/1989 Idade: 30 anos
Naturalidade: RR - Boa Vista Profissão: Motoboy Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA ALDIZIA MADURO GIRAO Nome do Pai: SEVERINO CRISTOVAO SOUZA DA SILVA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 511.989.322-87

RG - Carteira de Identidade: 194638 SSP RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA ALVARO MAIA Nº: 520
Bairro: APARECIDA CEP: 69.306-330
Telefone: (95) 99115-4727 (Celular) (95) 99118-9538 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.992.112-20	Placa NAP8955
Renavam 00538648813	Número do Motor KD05E4D139125
Número do Chassi 9C2KD0540DR139125	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Pacaraima	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 23/02/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Francisco Edinaldo Pinto
Data de Impressão: 11/03/2020 14:59
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

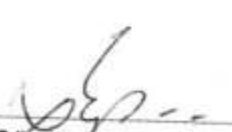
Nº: 010863/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
LENNON GIRAÔ DA SILVA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

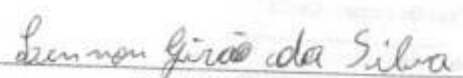
O comunicante compareceu a este Distrito Policial para informar que na data e horário acima citado conduzia a motocicleta acima cadastrada com sentido Pacaraima/comunidade do bananal e que ao chegar no local acima citado como havia chovido muito a motocicleta derrapou vindo o comunicante e a passageira de nome Priscila Maduro Girão cair no chão; O comunicante informa que foi socorrido pela Ambulância do SAMU que o trouxe para o TRAUMA do HGR, onde permaneceu internado por 07 dias pelo fato de ter quebrado a perna direita no momento da queda; Este é o relato.

ASSINATURAS


Francisco Edinaldo Pinto

Agente Carcerária
Matrícula 42000414

Responsável pelo Atendimento


LENNON GIRAÔ DA SILVA

(Comunicante / Vítima)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ OMS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou seq:

3 - CPF da vítima:

511.989.322-87

4 - Nome completo da vítima:

Laennon Grão da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO)/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUPLEN Nº 445/X012

5 - Nome completo:

Laennon Grão da Silva

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

rua Madre Paul Juniores

5 - CPF:

511.989.322-87

9 - Número:

316

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Aporecible

12 - Cidade:

Rosa Rista

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

69.306-230

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(95) 9-9119-0143

17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 14 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 - RENDAMENTO DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECEITA INDISSOLVÍVEL
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUANÇA (sempre para o benefício do seguro, não para outros fins)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (para o benefício)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3408

CONTA: 4848

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o dígito de controle)

(Informe o número da conta)

(Informe o número da agência)

(Informe o número da conta)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que exco, impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.134/74), uma vez que:

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

Soluto o prazo superior a 90 (noventa) dias do acidente, a indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, tem base na documentação médica apresentada com a apresentação de laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas do Segurador LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.254/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar da mesma.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Filiação civil da vítima:

☐ Solteiro

☒ Casado (ou civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima estava acompanhada(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima beneficiária?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou patrimônio?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, por meio, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração ou declaração falsa poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Local e Data:

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data:

Rosa Rista 13/03/2020

Laennon Grão da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENNON GIRAO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03408

CONTA: 000000004848-6

Nr. da Autenticação A01B695144EA3B09



Para contato com a Roraima Energia informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0072446-7

RORAIMA ENERGIAS S.A.
Av. Capitão João Góes, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.679/0001-44 | INSC. Estadual: 23.007.025-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1
Inscrição Especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4531846

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCAN*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	381	362,99

GILMACIA MADURO GIRAÓ
R. MADRE RADGUNDIS 316 - APARECIDA
CEP: 69.306-230 - BOA VISTA
CPF: 00018865739215

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 9536	Atual: 31/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 9555	Anterior: 30/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: MCNO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 30/01/2020	Número Medidor: TCM1705014
Consumo medido: 381	Apresentação: 31/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 381		Modalidade: N 1604726

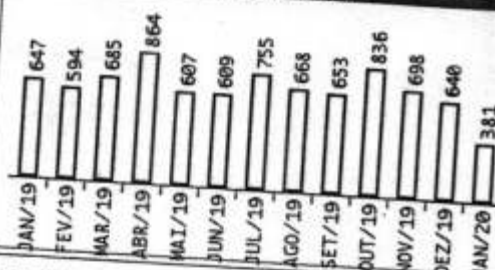
CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	
RELIGACAO	381 A R\$ 0,760481 =	289,74
CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)		8,07
CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)		0,21
MULTA POR ATRASO DE IL. (2X)		2,36
JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)		2,84
MULTA POR ATRASO (2X)		0,44
JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)		20,49
ILUMINACAO PUBLICA		7,43
		31,36

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 381 - 0,617778

Média 12 meses: 680

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800/019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA - VALOR
Distribuição: 157,49	Tributos: 8,92	ICMS:	17,00% 49,25
Transmissão: 68,97		PIS:	0,31% 0,90
		CORFIS:	1,45% 4,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FC			DMIC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal

Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
Realizado	3,78						

Conjunto 3,78
Por unidade de apuração 3,78

11/2020

311 01



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Gueiros, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Para contato com
a i
ma Energia,
inf
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0009732-2

Nº da Nota Fiscal 4533838

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM*

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	16/02/2020	563	465,78

IVETE GUIMARAES COSTA
R. ACRE 569 - DOS ESTADOS
CEP: 69.305-510 - BOA VISTA

CPF: 0001122233396

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 61969	Atual: 31/01/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 61406	Anterior: 30/12/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 32	Próxima leitura: 28/02/2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 30/01/2020	Número Medidor: 2281485
Consumo medido: 563	Apresentação: 31/01/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 563		Modalidade: 0 1619578

DESCRIÇÃO DA CONTA

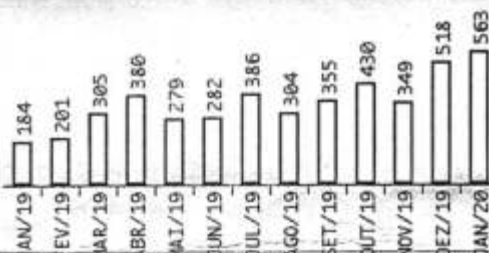
CONSUMO 563 A R\$ 0,760481 = 428,15
ILUMINACAO PUBLICA 37,63

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 563 - 0,617778

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS
IMPORTANTES

REAVISO DE
VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 30/01/2020, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

53D6.6260.1082.D8F5.47FD.14A1.B59C.2D85

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	232,72	Encargos:	13,18	Base de Cálculo:	ALÍQUOTA	VALOR
Distribuição:	101,92	Tributos:	80,33	ICMS:	17,00%	72,78
Transmissão:	0,00			PIS:	0,31%	1,33
				COFINS:	1,45%	6,22

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração: 11/2019			BUSA - 105,50	

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Yara Dina Guimarães Lota inscrito (a) no CPF 762.732.616-87,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Laennon Girão da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 511.989.322-87 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Laennon Girão da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 511.989.322-87, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
RG e CPF

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Cere</u>		Número <u>569</u>	Complemento <u>lota</u>
Bairro <u>Estados</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-510</u>
Email <u>yaradiva.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>—</u>	Telefone celular (DDD) <u>(95) 9.9119-0143</u>

Boa Vista de 13 de março de 2020
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-TENHEIUV
04.07.18GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

1800973037	27/06/2018 02:57:35	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	5
------------	---------------------	----------------------	---------------	-------------	---

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
LENNON GIRA O DA SILVA	23/09/1989	28 A 9 M 4 D	898000749766842	07	00042161
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	194638			M	
Mãe	MARIA ALDIZIA MADURO GIRA O			Raça/Cor	Naturalidade
				PARD A	BRASILEIRA
Endereço	RUA - ALVARO MAIA - 520 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR			Pai	Contato
				SEVERINO CRISTOVAO SOUZA SILVA	
				Ocupação	NÃO INFORMADA

Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		OZIRE S. PRADO		

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

Paciente com história

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
<i>de queda de moto</i>	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Apresenta fratura do fêmur

Exame Físico

Doença aguda

Hipótese Diagnóstica

Fratura do fêmur fechado

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Medicamento</i>		
<i>Dr. Marcos Felipe Diniz</i>		
<i>Medico</i>		
<i>RR 1869</i>		

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revelia ☐ Internação

☒ Transferência para: *Dr. Marcos Felipe Diniz* Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ozires.prado
Data Hora: 27/06/2018 02:58:41



1800973037

**SUS**Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

Bloco A

Ata 06/02

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

Id En

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Id En

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Leticia Gino M Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

42464

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898101019449766842

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/09/89

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Maria Aldizoi Madureira Gino

000

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Valmore Moura 520

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sobrecarga e sintomas
de e hipertensão pulmonar e queda de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

C (na) m

19 - PRE-CAPAS - RESULTADOS DE PRONÓSTICO - DIAGNÓSTICO - AS (RE) - RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

1/2 Loco

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FRAQUA PORTACALCULOSA QUADRIL AL



21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Jem A Lopez Aguiar

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/06/16

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

Márcio Aguiar
CRM-RR 586**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019

5720 T068

V299

Ata 0408050098

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

27/06/16

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

Ata 5.7



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 06/11/9

O.S.:

Lenon Gera d Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Furto de

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Trauma

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

o

CIRURGIÃO:

Dr. fern

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

Local

ANESTESISTAS:

0

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRURGICO

Paciente em estado

Algo

Procedimento

Trauma

cur

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (98) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

Certifico e sou fê que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Gisela da Silva				27 / 06 / 2018	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
higiênc. transquirúrgica		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		13:00	13:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
		TEMPO DE DURAÇÃO:			
TIPO DE ANESTESIA: local					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM - Orelha 30cm	
	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
	150ml Chlorixidina 4%			OUTROS:	
	250ml Alced 20				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Bruno Vilene e Suelen	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Viana e Cidemilton	TAXA DE		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
			HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 9/N Novo Planalto Tel (95) 2121-0629 AUTENTICAÇÃO		
			Certifico-Bou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital		



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		LEFTEJO GILBERTO			
DIAGNÓSTICO		Fratura quadril			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	ET	DATA	27/06/11
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h				manter
4	TILATIL 20mg 12/12hs				manter
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				22.6-14
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSV + CCGG 6/6 H				Robina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				Robina
15					
16					
17					
18					
19					
20	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:

Ao bloco para programação cirúrgica

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

LENNON GIRÃO DA SILVA

09.



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LENNON GIRÃO DA SILVA				
AGNÓSTICO	FARMACIA QUANTO À				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	72	LEITO		DATA	27/06/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND.
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8 HS				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				
6	DIPIRONA 01G EV 6/6H SE DOR OU FEBRE				SND.
7	TRAMAL 100MG + 100 SF 0.9% EV DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND.
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND.
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				
10	RANITIDINA 50MG EV 2X/DIA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção.
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Jesus A. Lopez Aguirre
Médico
CRM-RR 556

SINAIS VIT	PA	FC	FR		Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	124x79	85			
12 H					
18 H	133x63	79			
24 H				102 mg/dl	

Naides A. Oliveira
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 903.896 TE

09



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LEOPOLD GILBERTO SILVA				
DIAGNÓSTICO	Fratura Ombreira DI				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	28	LEITO	09	DATA	28/06/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/D
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				19h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h (Corpeto)				-
4	TILATIL 20mg 12/12hs				18h 08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				18h 22.08
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H				Roxua
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIÁRIO				Realiza
15	Ao bloco				NTR!
16					
17					
18					
19					
20	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:

Paciente estável, pode caminhar

Ao bloco para programação cirúrgica

Jesus A. López Aguirre
Médico
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	Dextm
6 H			
12 H			
18 H	135/68	79	97
24 H	106/76	72	36,3C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

PA - 96 x 70 Tax - 35,6

FC - 87 mmh

106-1

09



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

LEPPOV GILVAN DA SILVA

DIAGNÓSTICO

FRACTURA DE QUADRIL

ALERGIAS

28

HAS

DM2

IDADE

28

LEITO

DATA

29/06/18

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3

CEFALOTINA 1G EV 6/6H (curativo)

4

TILATIL 20MG EV 12/12H

5

DIPIRONA 500MG EV 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

10

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

14

CURATIVO DIÁRIO

15

WATER FRODO

16

17

18

19

20

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%
10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável, sem dor, com

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 556

Bloco-D

NIR

Regulado
para leito

106-1

Regulação Interna

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS

PA

FC

FR

T.C.

6 H

100x60

70

19

36.2

12 H

108x77

94

19

36.2

18 H

91x68

75

-

36.4

24 H

91x68

75

-

36.4

17:00. Paciente no leito apresentando dor e
febre medicada com P.N.

Soraia Pimenta Cavalcanti
CRM-RR 556



Acompanhamento das Feridas:
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1

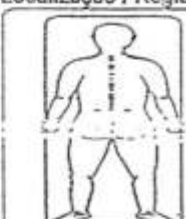
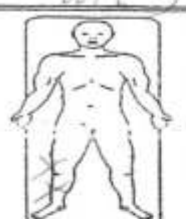
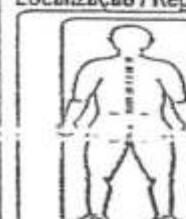
Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualização: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

Nome: Ademir Giron da Silva 09

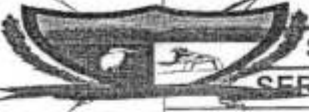
DATA: <u>29.06.18</u>	Localização / Região <u>MCU</u>	DATA:	Localização / Região
☒ GRAU - I ☐ GRAU - II	 	☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☒ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ neuropática ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Característica do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Próxima troca: <u>de + de 24hs</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem CRP-PA 42.457-2	02- <u>Andréia da Silva Leite</u> Aux. de Enfermagem CRP-PA 42.457-2	01- <u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem CRP-PA 42.457-2
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

OBS: aviso e aspecto seco, suco

OBS:

106-1

106.1

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LEANDRO GILBERTO DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA QUADRIL				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	28	LEITO	109	DATA	30/06/10
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (CURATIVO)				suspensão
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				10-20
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18-24-30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SW
10	SSVV + CCGG 6/6 H				rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SW
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	higiene íntima				-
16					
17					
18	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				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA: Paciente eutrofo, grande curam					

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 556

SINAIS VITAIS				
6 H	100x60	80	-	36
12 H	100x80	87		36.5
18 H	100x80	85		36.5
24 H	93x65	173		136

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Leandro Góes</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>106-1</i>	DATA	<i>02/07/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>18</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18x24 06.12</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>22 10</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>7</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>3 SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>3</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>04 12 06</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Raima</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>Curativo</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
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:

Ao bloco para programação cirúrgica

Be6, Lore B
Afume

Carlos Enrique La Rosa
 Médico
 CRM-RR 483

SINAIS VITAIS	P.A	FC	FR	TAX
6 H				
12 H	<i>100x70</i>	<i>88</i>	<i>20</i>	<i>36</i>
18 H	<i>90/63</i>	<i>103</i>		<i>37°C</i>
24 H	<i>100x50</i>	<i>88</i>		

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

12h PET no Leito, ORIENTADO
sem queixa

Isaquel Lima Silva
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 876.694-TE



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>João Carlos</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>106-1</i>	DATA	<i>03/07/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SND</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				<i>19</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>24</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>10</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>3</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>3</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				<i>14</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>SN</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Ritina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>Purificação</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-200: 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:

Ao bloco para programação cirúrgica

BE6, 10588
Ortopedia 5ª

SINAIS VITAIS	PA	FC	KA	TA
6 H	100/80	78		36°C
12 H	111x69	84		36.5°C
18 H	118x80	96		35.6°C
24 H	118/75	78		36°C

Carla Brito da Rosa
Médico
CRM/R 483

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Obito realizado no bloco cirúrgico
procedimento Cpr e SS/UV

3º grau nos membros, após obito realizado

Fernando Gonçalves da Silva
Técnico de Enfermagem
CRM/R 685



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Leopoldo Brito</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>106.1</i>	DATA	<i>04/07/18</i>
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>5ND</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>18</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>18</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>18</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>5N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>5N</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>14 22 06</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				<i>5N</i>
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Adina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				<i>5N</i>
14	CURATIVO DIARIO				<i>Curativo</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
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:

Lo bloco para programação cirúrgica

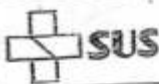
*BEG, LOPED
Ruan de Oliveira*

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	<i>110x80</i>	<i>81</i>		<i>36.8c</i>
18 H	<i>120x80</i>	<i>74</i>		<i>36.8c</i>
24 H	<i>100x60</i>	<i>50</i>		<i>36.8c</i>
di. H	<i>120x90</i>	<i>70</i>		<i>36.8c</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

*BS: Ao 10:30 The code 0 AVP foi colocado pelo LS no m SE e tor
li minha do hospital*



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - Cód. RGEMUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sob o acidente, queixa
de e lesões funcionais do lado di-

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Clínica

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

R. baai

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FRACTURA TRAUMÁTICA DOBILHUE

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ORTOPÉDICA DOBILHUE

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - CID 10 PRINCIPAL

34 - CID 10 SECUNDÁRIO

35 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - EMPREGADOR

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - CNES

50 - CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - CID 10 PRINCIPAL

54 - CID 10 SECUNDÁRIO

55 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

0408050632
5720
V299

57



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Administração e Finanças

Luiza Girão da Silva.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

4

25/07/12

Neger Allergie

Nogor HPP.

AGENTES		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	24	[Graph: Sawtooth pattern between 15 and 45]											
X	02	[Graph: Sawtooth pattern between 15 and 45]											
ULSC													
O													
ANES													
2													
OP													
O													
ASPR													
A													
RESP													
O													
Export		[Graph: Sawtooth pattern between 15 and 45]											
Assist		[Graph: Sawtooth pattern between 15 and 45]											
Conten		[Graph: Sawtooth pattern between 15 and 45]											

SMBCLOS

11 4 86
A 7 8 8

SÍMBOLOS		A7 D A 8		ANOTAÇÕES A - (LHK 135) Anest. OK.	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	Monitor: SpO ₂ , PNT, FC, ECG, SD.		
A Fentani 100mcg		Adquiri anestesia Hiperbárica	LAUP, CN D ₂ .		
B Midazolam 6mg		2 - simples lombos perimedulares	2 - Sedativo		
C Lidocaina 750mg		+ Bloqueio de nervo femoral	Fentani 100mcg/jw		
D Lidocaina 100mg		① Gloriosa par VSA	Midazolam 6mg		
E Bupivacaína Hiperb. 2mg		Amplificação espontânea cl	3 - Bloqueio de femoral		
F Diprivan 2mg		CND	Bupivacaína 750mg		
G			Lidocaina 100mg		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cácula - Pêlo / Oro Farfega	4 - Adquiri anestesia		
H2CO		Mão / Orostipital - Cepi	Bupivacaína Hiperb. 2mg		
SANGUE		Sol - Tamp - Colina do Tubo	5 - Cateter femoral 27 G		
		Sob Mâscara			
		Dificuldade Técnica			
SP 99%	2500 ml		TEMPO DE ANESTESIA		
TOTAL	2500 ml				
OPERAÇÃO	osteossíntese de fratura de fêmur ①		Lidocaina - Enoxona - Enxerto Bone		
			Suction - Vômito		
			Hemograma - Anticó		
			Sinais Tumorais - Choque		

ANESTESIA: Dr. Rob. am / Dr. MAURICIO

Dr. 4 months

Dr. Marisa Pinto
Anesthesiologist
CRM/RR - 308

H. ^{PELODA SANGUIFER} ~~esporide~~
 6. Ectoparasita LON-r
 7. Dipirona zy.
 8. Alter p. SIDA.
 9. Ectodermis sy.

⑧ SEPA hemodynamic status
 PM 104 x 59 (77) 2pg 100
 FC 79



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 28	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Leonora Guiao da Silva		106-1		42167	05/10/18
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOSSÍTESE FRACTURA TRANSTORACICA DE FÊMUR (D)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		9:18	10:35		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Jesus		ANESTESISTA:		Dr. Fabiano	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Dra. Marcelle R. D.	
Dr. Carlos Henrique		INSTRUMENTADOR		Dr. Bruno R. I.	
2º AUXILIAR		CIRCULANTE		YANK	
		Angelis - Grande			
TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Femoral + 8.13		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Q'JANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml 2	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 0	
☐	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tam m			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURINº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☐	SERINGA 01ML		20ml	SURGICEL ALCOOL 70%	
☐	SERINGA 03ML		20ml	CERA P/ OSO Clorexidina 0.05%	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº Clorexidina Alcol.	
☐	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Sonda Foley nº 16	
☐	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA BOLSAS COLETORES 100ml	
☒	Platino		1	OUTROS: AGULHA P/ MQUEN-26	
☐	1 Cateter O2				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Enf. Bruno	SUB- TOTAL		
		Enf. Suelen			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Angelis	TAXA DE ANESTESIA		
		Grande	SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

MEDTEC - COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.RUA AJURICABA, 1553
CENTRO - 69301-070
BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241156**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.485
Série 001
Folha 2/5

CHAVE DE ACESSO

1413 1184 0362 6800 0173 5500 1000 0004 8516 3406 8139

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314130002114633 - 20/11/2013 09:18:02

CNPJ

84.036.268/0001-73

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240032055

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
000372	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 08 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000607	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 09 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001639	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 10 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000465	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 12 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000466	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 14 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000467	PLACA LARGA DE A/C P PARAFUSO 4,5 C/ 16 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	40,0000	600,0000	24.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001720	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 3 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000323	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 4 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001721	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 5 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	100,0000	373,0000	37.300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001724	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 8 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	100,0000	373,0000	37.300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001725	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 10 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	373,0000	18.650,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002127	PLACA DE A/C P PARAF 3,5 COM 12 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	20,0000	373,0000	7.460,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001727	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 4 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001728	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 5 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001729	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 6 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001730	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 7 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001731	PLACA 1/3 TUBO P PARAF 3,5 COM 8 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	50,0000	298,0000	14.900,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001732	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 4+4 - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001733	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 4+6 - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001735	PLACA PEQUENO FRAGMENTOS T 3+5 - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	15,0000	558,0000	8.370,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001736	PLACA MULTIPLS FRAGMENTOS COM 7 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	558,0000	1.116,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001737	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 3 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001738	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 4 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001739	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 5 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001740	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 6 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001741	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 7 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001742	PLACA TREVO P PEQUENO FRAGMENTOS 8 FUIROS - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	2,0000	568,0000	1.136,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000218	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX14MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000219	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX16MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001743	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX18MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000220	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX20MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000221	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX22MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000222	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX24MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000223	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX26MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000224	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX28MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000225	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX30MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000226	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX32MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000227	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX34MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000228	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX36MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000160	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX38MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000161	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX40MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000229	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX42MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001744	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX44MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001745	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX46MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	240,0000	37,0000	8.880,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001746	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX48MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001747	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX50MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000230	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX52MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000231	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX54MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000232	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX56MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000233	PARAFUSO CORTICAL 4,5MMX60MM - ORTOSINTESE	90211020	040	5102	UND	60,0000	37,0000	2.220,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

MEDTEC COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA.

R. Ajuricaba, 1553
centro - 69301-070
BOA VISTA - RR Fone/Fax: 9532241150

DANFE

Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.233

Série 001

Folha 2/4



CHAVE DE ACESSO

1412 0784 0362 6800 0173 5500 1000 0002 3313 5995 5419

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA MERC ADO REC TERCEIROS D/E

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314120001060712 - 13/07/2012 14:24:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240032055

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

CNPJ

84.036.268/0001-73

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	Q/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
830	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 6F - ORTOSIN - 3121 04	90211020	040	5102	UNI	8,0000	426,0000	3.408,00	0,00	0,00		0,00	
831	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 7F - ORTOSIN - 3121 05	90211020	040	5102	UNI	8,0000	426,0000	3.408,00	0,00	0,00		0,00	
938	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 15F - ORTOSIN - 3121 13	90211020	040	5102	UNI	2,0000	315,0000	630,00	0,00	0,00		0,00	
940	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 17F - ORTOSIN - 3121 15	90211020	040	5102	UNI	2,0000	420,0000	840,00	0,00	0,00		0,00	
941	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 18F - ORTOSIN - 3121 16	90211020	040	5102	UNI	1,0000	400,0000	400,00	0,00	0,00		0,00	
998	PLACA DE RECONSTRUÇÃO PELVICA 19F - ORTOSIN - 3121 17	90211020	040	5102	UNI	2,0000	426,0000	852,00	0,00	0,00		0,00	
847	PLACA TUBO SDQ 135x 3F - ORTOSIN - 4571 01	90211020	040	5102	UNI	60,0000	952,0000	57.120,00	0,00	0,00		0,00	
848	PLACA TUBO SDQ 135x 4F - ORTOSIN - 4571 02	90211020	040	5102	UNI	18,0000	754,0000	13.572,00	0,00	0,00		0,00	
675	PLACA TUBO SDQ 135x 6F - ORTOSIN - 4571 04	90211020	040	5102	UNI	19,0000	962,0000	18.278,00	0,00	0,00		0,00	
676	PLACA TUBO SDQ 135x 7F - ORTOSIN - 4571 05	90211020	040	5102	UNI	15,0000	964,0000	14.460,00	0,00	0,00		0,00	
677	PLACA TUBO SDQ 135x 8F - ORTOSIN - 4571 06	90211020	040	5102	UNI	23,0000	956,0000	21.988,00	0,00	0,00		0,00	
679	PLACA TUBO SDQ 135x 10F - ORTOSIN - 4571 08	90211020	040	5102	UNI	7,0000	675,0000	4.725,00	0,00	0,00		0,00	
684	PLACA TUBO SDQ 135x 20F - ORTOSIN - 4571 13	90211020	040	5102	UNI	14,0000	970,0000	13.580,00	0,00	0,00		0,00	
664	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 4F - ORTOSIN - 4628 13	90211020	040	5102	UNI	16,0000	213,0000	3.408,00	0,00	0,00		0,00	
1007	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 6F - ORTOSIN - 4628 08	90211020	040	5102	UNI	17,0000	210,0000	3.570,00	0,00	0,00		0,00	
665	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 8F - ORTOSIN - 4628 09	90211020	040	5102	UNI	1,0000	179,0000	179,00	0,00	0,00		0,00	
666	PLACA DE SUSTENTACAO DIREITA 11F - ORTOSIN - 4628 11	90211020	040	5102	UNI	2,0000	206,0000	412,00	0,00	0,00		0,00	
667	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 4F - ORTOSIN - 4629 14	90211020	040	5102	UNI	1,0000	216,0000	216,00	0,00	0,00		0,00	
668	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 5F - ORTOSIN - 4629 03	90211020	040	5102	UNI	1,0000	216,0000	216,00	0,00	0,00		0,00	
669	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 8F - ORTOSIN - 4629 10	90211020	040	5102	UNI	1,0000	159,0000	159,00	0,00	0,00		0,00	
670	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 11F - ORTOSIN - 4629 11	90211020	040	5102	UNI	1,0000	192,0000	192,00	0,00	0,00		0,00	
671	PLACA DE SUSTENTACAO ESQUERDA 13F - ORTOSIN - 4629 12	90211020	040	5102	UNI	1,0000	222,0000	222,00	0,00	0,00		0,00	
750	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX10MM - ORTOSIN - 3316 01	90211020	040	5102	UNI	60,0000	149,9900	8.999,40	0,00	0,00		0,00	
948	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX12MM - ORTOSIN - 3316 02	90211020	040	5102	UNI	30,0000	150,0000	4.500,00	0,00	0,00		0,00	
751	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX14MM - ORTOSIN - 3316 03	90211020	040	5102	UNI	60,0000	148,5000	8.910,00	0,00	0,00		0,00	
753	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX18MM - ORTOSIN - 3316 05	90211020	040	5102	UNI	60,0000	125,0000	8.250,00	0,00	0,00		0,00	
756	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX24MM - ORTOSIN - 3316 08	90211020	040	5102	UNI	80,0000	135,0000	10.800,00	0,00	0,00		0,00	
757	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX26MM - ORTOSIN - 3316 09	90211020	040	5102	UNI	80,0000	128,0000	10.240,00	0,00	0,00		0,00	
758	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX28MM - ORTOSIN - 3316 10	90211020	040	5102	UNI	48,0000	128,0000	6.144,00	0,00	0,00		0,00	
759	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX30MM - ORTOSIN - 3316 11	90211020	040	5102	UNI	18,0000	126,0000	2.268,00	0,00	0,00		0,00	
760	PARAFUSO CANULADO 3,5MMX32MM - ORTOSIN - 3316 12	90211020	040	5102	UNI	78,0000	133,0000	10.374,00	0,00	0,00		0,00	
765	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX12MM - ORTOSIN - 3316 02	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
766	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX14MM - ORTOSIN - 3316 03	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
767	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX16MM - ORTOSIN - 3316 04	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
768	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX18MM - ORTOSIN - 3316 05	90211020	040	5102	UNI	60,0000	90,0000	5.400,00	0,00	0,00		0,00	
770	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX22MM - ORTOSIN - 3316 07	90211020	040	5102	UNI	60,0000	90,0000	5.400,00	0,00	0,00		0,00	
771	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX24MM - ORTOSIN - 3316 08	90211020	040	5102	UNI	6,0000	90,0000	540,00	0,00	0,00		0,00	
772	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX26MM - ORTOSIN - 3316 09	90211020	040	5102	UNI	80,0000	90,0000	7.200,00	0,00	0,00		0,00	
774	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX30MM - ORTOSIN - 3316 11	90211020	040	5102	UNI	6,0000	90,0000	540,00	0,00	0,00		0,00	
1027	PARAFUSO CANULADO R TOTA 3,5MMX32MM - ORTOSIN - 3316 12	90211020	040	5102	UNI	42,0000	90,0000	3.780,00	0,00	0,00		0,00	



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSÍNTESE FRAT. TROCANTEROMEDIAL
DE FÊMUR (D)

Data: 05/07/18

Nº. DO PRONTUÁRIO: 42167

Paciente: LENNON GIMON DA SILVA Idade 28A

Bloco: A Enfermaria 106 Leito: 1

Caixa: SDQ + SDC Nº SW

Circulante: OVANDE + ANGELIS Sala 04

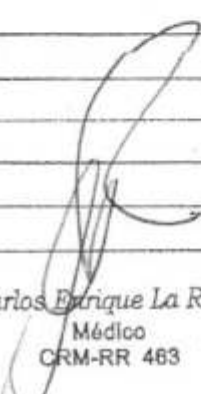
Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

PLACA DHS 03 FUSOS - 1

PANAFUSO DESLIZANTE P= 89-1

PANAFUSO CORTICAL Nº 40 - M
44 - M


Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

106



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LEMNON CIRAO DA SILVA					
DIAGNOSTICO: FRATURAS QUADRIL DA					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE		24	LEITO	106-1	DATA
HORÁRIO		05/10/2018			
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				→ SN
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				→ 12 18 24
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				→ 12 18 24
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				→
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				→ 18
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H S/N				→ SN 14:30 20:30
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				→ SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				→ SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				→ SN
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				→ SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				→ SN
13	CURATIVO DIARIO				→ m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				→ Reduzir
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Paciente sei do c.c. e
boas condições

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

05/10/2018

	PA	FC	TP
6 H	120/80	89	—
12 H	104x65	74	35.5
18 H	103x71	85	36.0
24 H	100x60	97	36.6

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

12:00 05/10/2018 - paciente no leito retornou do c.c. as 11:40 / verificado SSVV e seg
as cuidados da enfermagem.

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
CORB-RR 437581 TE

18h - Paciente queixa-se de dores. Ad. m.c.p.m. + 88mls

Maria de Fátima R. Silva
Téc. de Enfermagem
CORB-RR 437581 TE



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Jéssica Brito			
DIAGNÓSTICO		V			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	106-1	DATA	06/07/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	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:

Ao bloco para programação cirúrgica

DE 6, 10 e 12
Fundo OK
ALTO HOSPITALAR

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



28 anos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA REFERÊNCIA / CONTRA REFERÊNCIA

NOME: Leonor Orsini de Jesus Nº _____
DATA: 26/6/2017 ESPECIALIDADE: _____
OBSERVAÇÃO: _____
MÉDICO: Hugo R. Tolosa

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL
Pré vitiligo de constata-
ção há 1 ano apresentando lesões
do 1/3 posterior do Torax

EXAME FÍSICO Dilata
a catapêdia

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
Hugo R. Tolosa
MÉDICO
CRM 335

CONDUTA
26/6/2017

RESUMO CLÍNICO
CONTRA REFERÊNCIA
7

ENCAMINHAMENTO EMERGENCIA ()
INTERNAÇÃO ()
REDE BASICA ()

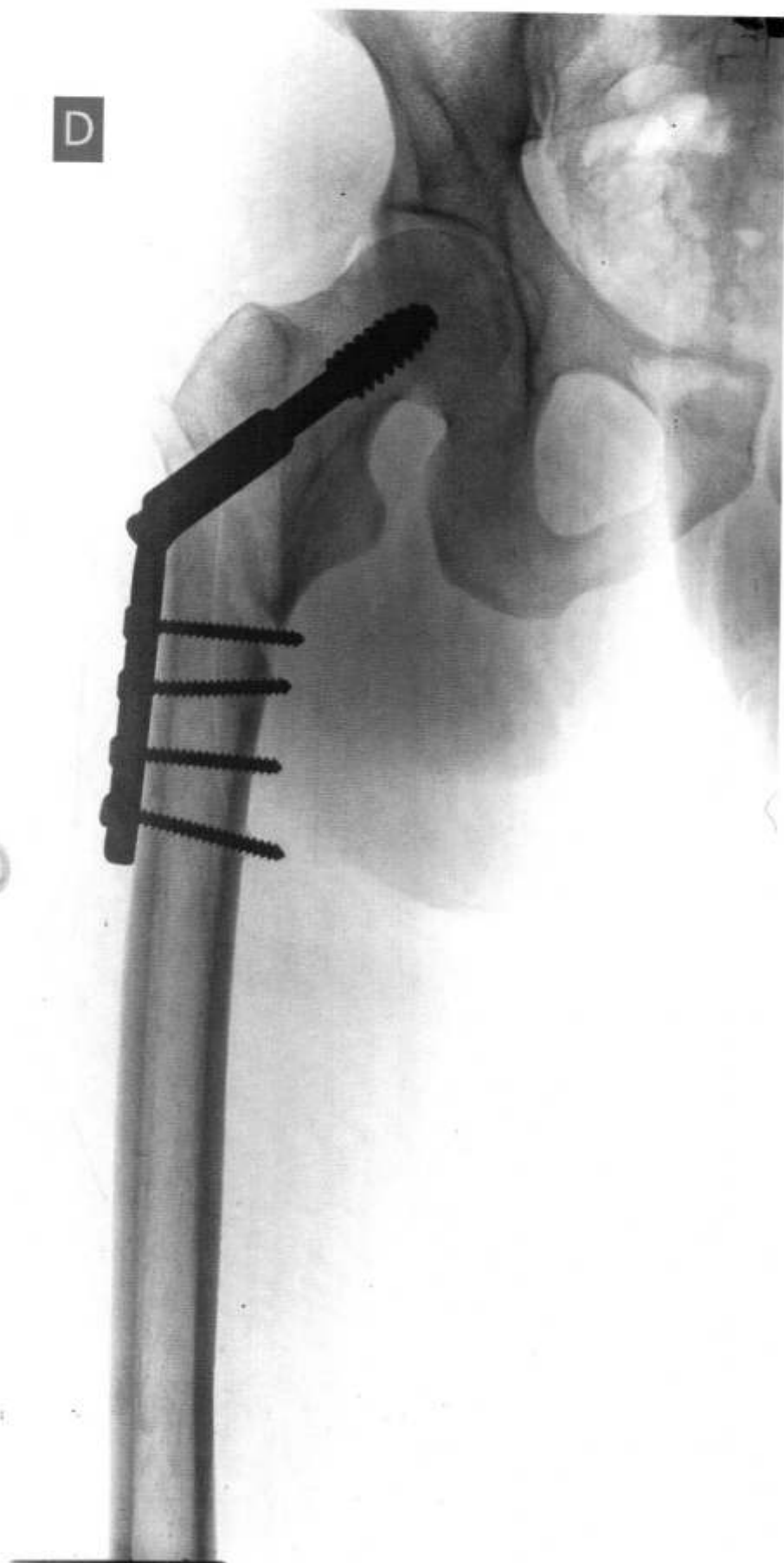
DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO





D



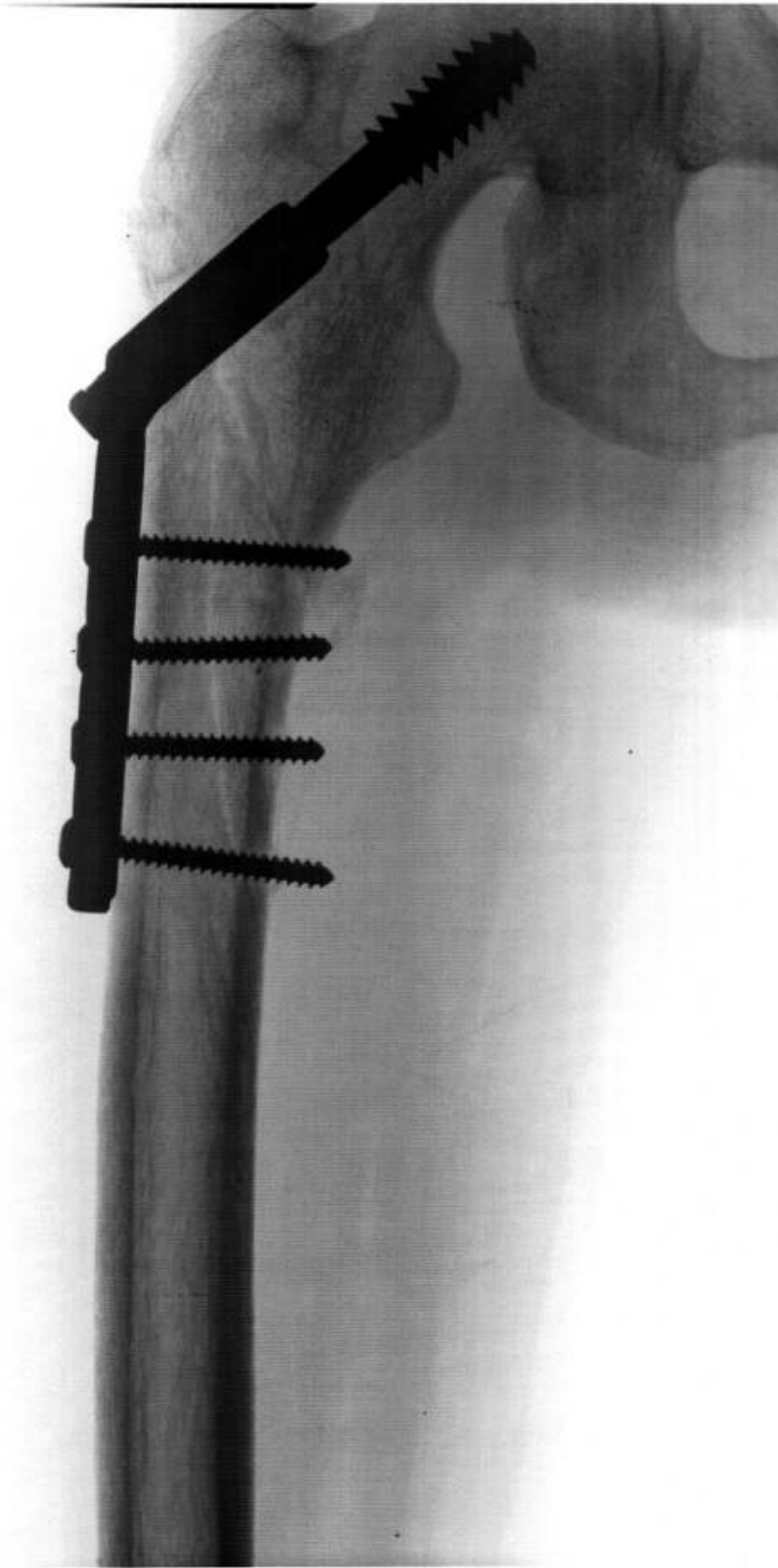


D



D

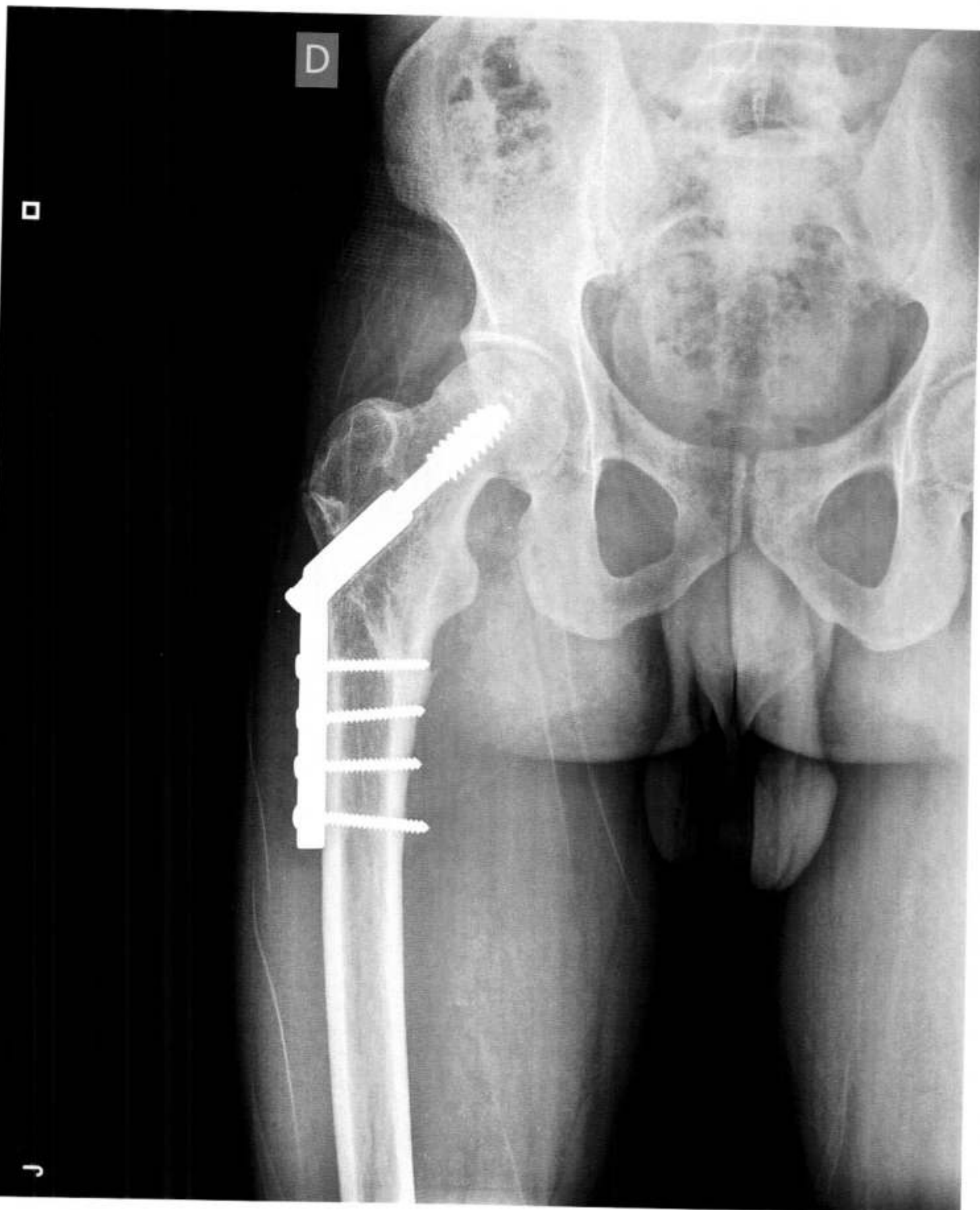




D

X





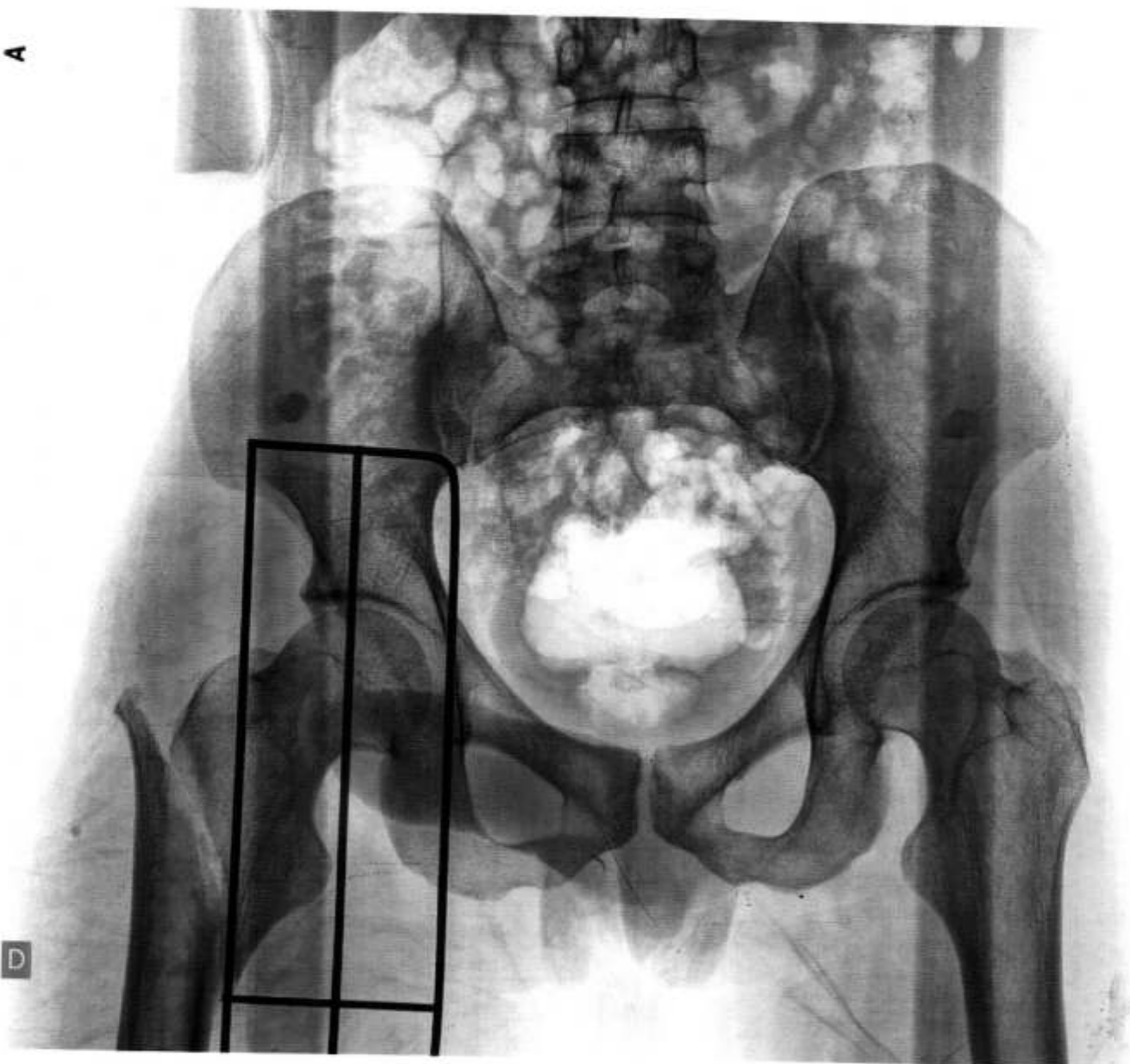






A

D





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
LEONON GIRAÔ DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSORA
194638 SSP RR

CPF
511.989.322-87

DATA NASCIMENTO
23/09/1989

PLACAO
SEVERINO CRISTOVAO
SOUSA DA SILVA
MARIA ALDIEIA MADURO
GIRAÔ

PERMISSÃO
ACC
CAT. NASC
A

IPRIMETRO
04853049743

VALIDADE
10/12/2019

PHABILITAÇÃO
31/12/2009

OBSERVAÇÕES

Leonon Giraô da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
19/12/2014

00012102468
RR207808422

DETRAN RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
909989484

PROIBIR PLASTIFICAR
909989484

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200117103 **Cidade:** Pacaraima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA **Data do acidente:** 26/06/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 03. EXAME DE IMAGEM - PÁGINA 26.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Consulta de Veiculos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAP8955

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAP8955 Chassi: 9C2KD0540DR139125 Renavam: 00538648813 Remarcado(S/N): N
Município: 00034-PACARAIMA Marca/Mod: 014908-HONDA/NXR150 BROS ESD
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO
Categoria: 02-ALUGUEL - Combustível: 16-ALCO/GASOL Ano Mod/Fab: 2013 / 2013
Cor: 15-VERMELHA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149
Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: KD05E4D139125 N° Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 23/02/2018 Taxi: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2019 Ano Último Licenciamento: 2019 - Autorizado em 20/05/2019
Observações: PROIB SAIR AMOZ OCID
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: GILVAN DE OLIVEIRA ALVES CPF/CNPJ: 025.992.112-20
Endereço: RUA SINESIO SALES N°: SN Bairro: VILA NOVA
Complemento: CASA Cidade: PACARAIMA Cep: 69345000
Data Aquisição 0km: 24/05/2013 Valor 0km: 9696,00
Data Transferência: 25/01/2018 Valor: 6300,00 N° Doc. Aquisição: 36240

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: VALDECIR DOS SANTOS CPF/CNPJ: 225.783.072-53
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 28/02/2018 N° CRV: ***** Data CRLV: 20/05/2019 N° CRLV: 013042091740

RESTRIÇÕES

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMOZ OCID N° Restrição: 59285411000113
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092833/20

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

CPF: 511.989.322-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/06/2018

Titular do CPF: LENNON GIRAO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

LENNON GIRAO DA SILVA : 511.989.322-87

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: 13/03/2020
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Rennon Girão da Silva
NACIONALIDADE: Brasil ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: mototaxista RG: 194638 SSP/RR
CPF: 511.984.322-87 ENDEREÇO: R. Madre Rodolpho, 316
BAIRRO: Aparecida CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.306-230

VÍTIMA: Rennon Girão da Silva
CPF: 511.984.322-87 DATA DO SINISTRO: _____
NATUREZA: Imobilidade

OUTORGADA :

NOME: Yara Silva Guimarães Costa
NACIONALIDADE: Brasileira
ESTADO CIVIL: Divorciada
PROFISSÃO: Autônoma
Nº DO RG: 464571-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR
DATA DE EMISSÃO: 27/06/2016
Nº CPF: 462.732.616-87
ENDEREÇO: Rua Acre, 569 - B. dos Postados

PODERES:

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

CARTÓRIO
LOUREIRO

Boa Vista, 28 de fevereiro de 2020

Rennon Girão da Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR

REC AUTENTICA a(s) assinatura(s)
41531895 - RENNON GIRÃO DA SILVA

AMP em testemunho da verdade Boa Vista, 28/02/2020
Bmct: 2.45, FUNDEJURR: 0.25, FISC: 0.10, FECON: 0.10, SS: 0.10, IVA: 50
Selo: REC/PF/583454AQISABT5SKGXY66 N° Ticket: 00402
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselo.com.br>
CPF Solicitante: 51198932287

Antônio G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092833/20

Vítima: LENNON GIRAO DA SILVA

Data do acidente: 26/06/2018

CPF: 511.989.322-87

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LENNON GIRAO DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

LENNON GIRAO DA SILVA : 511.989.322-87

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: 13/03/2020
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO