



Adv. Jéfter Morais
OAB N°1942

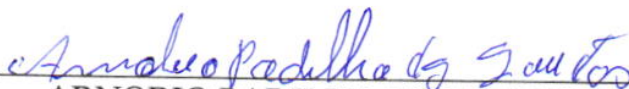
PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGRANTE(S): ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS, brasileiro, casado, aposentado, inscrito(a) no CPF sob nº 070.175.962-34, residente e domiciliado a Rua Três Marias, nº302, Bairro Pricumã, Boa Vista/RR, nomeia e constitui como Advogado e Procurador:

OUTORGADO(S): JÉFTER NASCIMENTO MORAIS, solteiro, brasileiro, Advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº1942, com escritório profissional a Rua São Marcos, nº 347, bairro Cinturão Verde, Boa Vista-RR, onde o (a) outorgado (a) deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Outorgando-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, podendo representá-lo(a) em qualquer juízo, instância ou tribunal, bem como para o foro em geral, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender as contrarias, conforme estabelecido no artigo 105 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Boa Vista-RR, 12 de novembro de 2018.



ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS
Outorgante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1653635940

PROIBIDO PLASTIFICAR

1653635940

RORAIMA

ASSINATURA DO EMISSOR

ROSAIR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: BOA VISTA, RR

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIR. GERAL OPERACIONAL
DETPLAN/RR

DATA DE EMISSÃO: 17/07/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ARROJO PADILHA DOS SANTOS**

Doc. Identidade / Org. Emissora: **0849024617 SSP/EX AM**

Cf. **070.175.962-34** DATA NASCIMENTO: **28/05/1990**

FILIAÇÃO: **GAMALIER ALVES DOS SANTOS**

OLINDA PADILHA DOS SANTOS

PERMISSÃO: **AB** ACC: **AB** DATA HAB: **10/10/1998**

Nº REGISTRO: **00476712709** VALIDADE: **16/07/2021** HABILITAÇÃO: **10/10/1998**


OBSERVAÇÕES: **A**

DF AC AL AP AM BA CE ES GO MA MT MS MG PR PB PA PE PI RN RR RS RO RR SC SE SP

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pela presente e na melhor forma de direito ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS, brasileiro, casado, aposentado, inscrito(a) no CPF sob nº 070.175.962-34, residente e domiciliado a Rua Três Marias, nº302, Bairro Pricumã, Boa Vista/RR, para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil), **DECLARA**, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

Boa Vista-RR, 12 de novembro de 2018.



ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS
Outorgante

BANCO DO BRASIL S.A.
10/01/2019 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.43,46
0783773752

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 4263-3 CONTA: 100.096-9
CLIENTE: ARNOBIO P SANTOS

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----19/12/2018-----		
Saldo Anterior		0,00C
-----02/01/2019-----		
Recebimento de Proventos	160000	2.567,21C
MINISTERIO DO EXERCITO		
Pgto BB Credito Salario	763134	39,97D
Pgto BB Credito Salario	743288	41,13D
Tarifa Extrato Unificado	098339	8,33D
Cobr parc tarf pend ref a	10/12/2018	
Tarifa Pacote de Servicos	474622	26,45D
Tarifa pendente referente a	26/12/2018	
Pagto Mensalidade Clube	013447	35,00D
DEBITO DE SEGURO	017327	62,40D
Cobranca de I.O.F.	100701	0,08D
Saldo		2.353,85C
-----04/01/2019-----		
Saque no TAA	720209	2.350,00D
04/01 12:59 SOP-MONTE RORAIMA		
Saldo		3,85C
-----08/01/2019-----		
Tarifa Extrato Unificado	004222	3,85D
Tarifa referente a	08/01/2019	
SALDO		0,00C

Papel termossensível. Sua vida útil, de acordo com o fabricante, é de 5 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não o exponha a luz, calor e umidade excessivos.

Fabricante do papel: Oi Papel
Especificação do papel: Ter
Fornecedor: Autopapel - CNP:
APP: 201874210159

MISTO
Papel
FSC FSC® C104035

30001-71
7m2 - 395m
52

Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC)
0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

Central de Atendimento BB
Saldos, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações
4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços
0800 729 0722

Ouvidoria BB
Atendimentos não solucionados (mediante protocolo no SAC)
0800 729 5678

Deficientes Auditivos ou de Fala
0800 729 0088

Central de Atendimento BB
Saldos, pagamentos, extratos, cartões, transferências, resgates e outras operações
4004 0001 e 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)
Informações, sugestões, elogios, reclamações, dúvidas, denúncias, suspensão ou cancelamento de contratos e serviços



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DA CAPITAL
2º DISTRITO POLICIAL
 TELEFONE: (95) 4009-4450 (PLANTÃO)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **4841/16** Registrado às **16** H **20** Min.
 Boa Vista-RR, **26** de Outubro de 2016.


Senhor Delegado, MAURICIO NENTWING

COMUNICANTE: **ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS** RG: 0849024617 SSP AM
 CPF: 070.175.962-34 PROFISSÃO: APOSENTADO IDADE 66
 ENDEREÇO: RUA DAS TRÊS MARIAS, 302 BAIRRO: PRICUMÃ
 CIDADE: BOA VISTA NACIONALIDADE: BRASILEIRO SEXO: MASC.
 NATURAL: BOA VISTA UF: RR
 DATA DE NASCIMENTO: 28 / 05 1950 GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL
 ESTADO CIVIL: CASADO TEL.RES: CEL: 99127-7801
 NOME DO PAI: GAMALIER ALVES DOS SANTOS
 NOME DA MÃE: OLINDA PADILHA DOS SANTOS

Vem a presença de Vossa Senhoria para INFORMAR que às **15:42** Hs. do dia **05**
 De **FEVEREIRO** de 2016. No bairro **PRICUMÃ** Ocorreu o Seguinte fato:

Compareceu a este DP o comunicante para informar que trafegava na garapa do seu Sr. Gamalier Coelho dos Santos que plotava a Motocicleta Intruder, cor vermelha, placa NAZ-8757; QUE o veículo VW GOL, cor prata, Placa JWZ-1789 que trafegava à frente ao fazer uma conversão a esquerda cursou a frente do veículo conduzido pelo filho do comunicante causando a colisão, diante do ocorrido o comunicante pede providencias. Era o que tinha a relatar.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:


GILSONEY RODRIGUES GUIMARÃES
 APC


ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS
 COMUNICANTE

DESPACHO

Delegado

DESPACHO

Delegado

DESPACHO

Delegado

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 010216590687

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 COO-RENAVAM 010098254 B.N.I.R.C. EXERCICIO 2015

ARNOBIO EDILICHA DOS SANTOS

BOA VISTA

070.175.962-34

PLACA ANT/LUF NAZ8757

CHASSI 9GDNF41AJEM406901

COMBUSTIVEL GASOLINA

PAS/MOTOCICLETA/MARCA APPLIC. ANO FAB. ANO MOD. 2014 2014

JTA/SUZUKI INTRUDER 125

CATEGORIA VERMELHA

2P/20125CC/

VENC. COTA UNICA 1º 2º 3º

*PABOX *PABOX *PABOX

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS

** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

R\$129,04 R\$1,11 R\$143,38 10/08/2015

SEM RESERVA DE MONTANTE E PROIBIDO SAIR/D

A-AHAZBULLA D

SEGURO OBRIGATORIO DE TRANSPERFERENCIA

BOA VISTA - RR

10/08/2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 010216590687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO 2015

PLACA NAZ8757

CPF / CNPJ 070.175.962-34

BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 010216590687

EXERCICIO 2015 DATA EMISSÃO 10/08/2015

VIA 01

CFP / CNPJ 070.175.962-34

PLACA NAZ8757

RENAVAM 010098254

MARCA / MODELO JTA/SUZUKI INTRUDER 125

ANO FAB. CAT. IME. 2014

Nº CHASSI 9GDNF41AJEM406901

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$) DENAT/TRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$129,04 R\$14,34 R\$143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEM IMPOSTO (R\$)

R\$4,15 R\$1,11 R\$292,01

COTA UNICA PARCELADO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

10/08/2015

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

5/3/2016

Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

Consulta de Veículos na Base Local**DADOS DO VEICULO**

Placa: NAZ8757 Chassi: 9CDNF41AJEM406901 Renavam: 01009698254 Remarcado(S/N): N
Situação: **1-EM CIRCULACAO** Município: 00301-BOA VISTA
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Marca/Mod: 018806-JTA/SUZUKI INTRUDER 125
Ano Mod: 2014 Ano Fab: 2014 Cor: 15-VERMELHA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0125
Combustível: 02-GASOLINA Nº Motor: F491-BR228111 Nº Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Ano Último Licenciamento: 2015 Carroceria: 999-NAO APLIC.
Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 09/06/2014 Taxi: NAO
Observações: PROIBIDO SAIR DA AMAZONIA OCIDENTAL

Número de autorização:**DADOS DO PROPRIETÁRIO**

Nome: ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS CPF/CNPJ: 070.175.962-34
Endereço: R DAS TRES MARIAS Nº: 302 Bairro: PRICUMA
Complemento: Cidade: BOA VISTA Cep: 69309670
Data Aquisição 0km: 04/06/2014 Valor 0km: 6590,00
Data Transferência: 04/06/2014 Valor: 6590,00 Nº Doc. Aquisição: 003158

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: A S MESQUITA JUNIOR CPF/CNPJ: 14.446.553/0001-87
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 11/06/2014 Nº CRV: ***** Data CRLV: 10/08/2015 Nº CRLV: 010216590687

RESTRIÇÕES**07-BENEFICIO TRIBUTARIO**

Observações: PROIBIDO SAIR DA AMAZONIA OCIDENTAL Nº Restrição:
Data Limite Restrição Tributária: // Doc. Restrição Tributária:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DA CAPITAL
2º DISTRITO POLICIAL
TELEFONE: (95) 4009-4450 (PLANTÃO)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **0567/16** Registrado às 17 H 30 Min.
Boa Vista-RR, 05 de FEVEREIRO de 2016

Senhor Delegado, EDUARDO WAINER S. BRASILEIRO


COMUNICANTE: **ROP PMRR SERIE J** RG: _____ SSP
CPF: _____ PROFISSÃO: _____ IDADE: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____ SEXO: _____
NATURAL: _____ UF: _____
DATA DE NASCIMENTO: / / GRAU DE INSTRUÇÃO: _____
ESTADO CIVIL: _____ TEL.RES: _____ CEL: _____
NOME DO PAI _____
NOME DA MÃE _____

Vem a presença de Vossa Senhoria para INFORMAR que às 15:55 Hs. do dia 05 de FEVEREIRO de 2016 no bairro **PRICUMÃ** Ocorreu o Seguinte fato:

Senhor Delegado, acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito no endereço supracitado, ao chegar ao local constatamos o sinistro onde, segundo o item 01, condutor do veículo VW GOL de cor prata placa JWZ 1789 trafegava na Alameda dos Bambus sentido BR 174, quando realizou uma manobra de conversão à esquerda para entrar na Via das Flores veio a colidir na parte frontal com o item 02, condutor da motocicleta INTRUDER de cor vermelha placa NAZ 8757 que trafegava na Alameda dos Bambus sentido contrário ao item 01; o condutor da motocicleta e o passageiro foram removidos ao pronto socorro pelo resgate do SAMU, a perícia foi acionada para o local onde realizou os procedimentos chefiado pelo perito Adonis. O condutor relacionado no campo 01 foi convidado a realizar o teste alveolar com o etilômetro e teve como resultado 0,0 mg/l conforme documento em anexo, sendo autuado por dirigir veículo sem possuir CNH; o veículo do referido condutor ficou aos cuidados do senhor Josué de Araújo Chaves CNH 005.824.456-55. A motocicleta ficou aos cuidados da senhora Wania da Cunha Almeida CNH 044.127.331-07. Apresento o item 01 por dirigir veículo sem possuir CNH.

ANTENÇÃO
Esta cópia confere com o documento original que me foi apresentado em cartório Boa Vista-RR 04/05/2016
Paula Fátima M.M. Santos
ESCRIVÃO
ROP PMRR SERIE J
Comunicante

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO


EMERSON DOS SANTOS ROSA
ACPC

DESPACHO

Delegado

DESPACHO

Delegado

DESPACHO

Delegado

Fernando Alves da Cruz
Delegado de Polícia
Mat. 442000208

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEICULO

Eu, **ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, aposentado, portador da Carteira de Identidade militar nº 084902461-7, data de Expedição 02/06/1969, Órgão Ministerio da Defesa, portador do CPF Nº 070.175.962-34, residente domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima, na Rua Das Três Marias nº 302, Bairro Pricumã, CEP 69309-670, declaro sob as formas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido no dia 05/02/2016, na rua Alameda dos Bambus C/ Via das Flores, Bairro Pricumã, como as Vitimas **ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS**, como passageiro, e seu filho **GAMALIER COELHO DOS SANTOS**, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Carteira de Identidade nº 157.321, SSP/RR, data de Expedição 26/05/2004, portador do CPF Nº 678.126.432-04, portador da CNH nº 04081435874, residente e domiciliado nesta Cidade de Boa Vista, Estado de Roraima, na rua Efigênia Lima nº 240, Bairro Dr. Silvio Leite, CEP 69314-356, sendo o filho do Declarante o condutor da Motocicleta.

VEICULO: MOTOCICLETA

MARCA/MODELO: JTA/SUZUKI INTRUDER 125cc

ANO: 2014

PLACA: NAZ 8757 RR

CHASSI nº: 9CDNF41AJEM406901

COD. RENAVAL 01009698254

COR: VERMELHA

Data do Acidente: 05/02/2016

Boa Vista-RR, 20 de Maio de 2016.



Arnobio Padilha dos Santos

Assinatura do Declarante



Gamaliel Coelho dos Santos

Assinatura do Condutor

RECONHECIMENTO NO VERSO

25
C
G
T
A
L
E
L
R
I
C
N
I
I
5
R
I
C
N
I
I
L
E
L



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataliba Torres, 1607 - Asa Branca - Boa Vista - RR
Fone: (11) 9622-4150

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A(s) firma(s)

ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS e GABRIEL COELHO DOS SANTOS

Do que dou fé. Boa Vista, 15 de Agosto de 2016

Lucio Ricardo Queiroz Paes - Substituto
Vânia Liberato da Silva Rosay - Escrevente Autorizada

EGLC. Em testemunho da verdade
Emolumentos, R\$ 3,10 - Selos: ISENTOS

Lucio R. Queiroz Paes
Oficial Substituto



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS".
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA.
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO- **LESÕES CORPORAIS - Nº 4535/2016/IML.**
Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT/RR**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- **Delegado (a) de Polícia Civil:** Francilene Lima Souza
- **GUIA Nº 093/2016 - REF. BO Nº 0567/16/2º DP**

NOME: ARNÓBIO PADILHA DOS SANTOS	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURALIDADE: BOA VISTA/RR
IDADE: 65 ANOS	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: CASADO	COR: PARDA
PROFISSÃO: APOSENTADO	TELEFONE: 99125 9881
FILIAÇÃO: GAMALIER ALVES DOS SANTOS e OLINDA PADILHA DOS SANTOS	
ENDEREÇO: RUA DAS TRÊS MARIA - Nº 302 - BAIRRO PRICUMÃ	
DOCUMENTAÇÃO: RG Nº 084902461-7 MD-EB	
DATA/ HORA DO EXAME: 26/08/2016, às 09 horas e 07 minutos	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Periciando relata atropelamento, transitava no carona de motocicleta, enquanto foi atingido por carro de passeio, fato ocorrido no bairro Pricumã no dia 05 de fevereiro de 2016 por volta de 14 horas.

DESCRIÇÃO:

- Periciando apresenta cicatriz cirúrgica antiga na face lateral da coxa esquerda medindo 38 cm, e a cicatriz cirúrgica antiga na face anterior da perna esquerda medindo 26 cm. Ao RX de 28/03/2016, observamos fratura cominutiva, e RX de 13/06/2016 com fratura completa de tibia e fíbula esquerdas, com placa metálica em tibia.

DISCUSSÃO:

- As lesões são antigas compatíveis com as produzidas por ação de instrumento contundente.

CONCLUSÃO:

- As lesões são antigas e produziram sequelas permanente na mobilidade e força do membro inferior esquerdo.

QUESITOS e suas RESPOSTAS:

- **1º** Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- **2º** Qual o instrumento ou meio que a produziu? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- **3º** Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **NÃO.**
- **4º** Houve Perigo de vida? **NÃO.**
- **5º** Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM.**
- **6º** Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **SIM, DEBILIDADE PERMANENTE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

E por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, ZINALDA ALVES DO NASCIMENTO: *Zinalda*

Hamilton G. Gomes
Hamilton G. Gomes
MÉDICO
CRM-RR 634

IML
Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 310 270 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).

Nicomedes A. S. Moraes
NICOMEDES A. S. MORAES
MÉDICO
CRM-RR 099

DAT
CONFERE COM ORIGINAL
DATA: *30/08/16*

Francisco Stevão Leão Barros
Francisco Stevão Leão Barros
Agente Administrativo/União
Mat. 1036747

EM BRANCO

10/11/2019
14:00:00
10/11/2019
14:00:00
10/11/2019
14:00:00



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE Agostinho Pedreira dos Santos 65 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA / / , COM

DIAGNÓSTICO DE Fratura segmentar de fêmur (E)

NO DIA 05 / 02 / 16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE osteomíoma fêmur de fêmur SENDO

OPERADO PELO DR. Manoel Zeibone E DR. Marcelo Almeida

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 15 / 03 / 16, ÀS EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
DORONEL MOTA NO DIA 31 / 03 / 16, ÀS 13:00, COM
DR. Manoel Zeibone.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB O CUIDADO DO DR.

...: Guia de Atendimento 02 ...

Visto por: Rosalia
12/02/16



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
 AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO - NHE-HGR

Alta: 15/03/16

1600F 41312 05/02/2016 15:23:31 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 10

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS	28/05/1950	65 A 8 M 8 D	801434321161423	07017596234	1344493
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IGNORADO				M	
Mãe	Pai			Raça/Cor	
OLINDA PADILHA DOS SANTOS	GAMALIER ALVES DOS SANTOS			SEM BOA VISTA - RR	
Endereço	Endereço			Informação Contato	
RUA - DAS TRES MARIAS - 302 - PRICUMA - BOA VISTA - RR				(95) 99127-0801	
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				
etor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		ELIDAIANA.LIMA		

Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Índice de Enfermagem

Def - fratura pelo SAMU, ref - fratura de antebraço, ref - fratura de ulna

GSC TOTAL 15

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Def - fratura pelo SAMU, ref - fratura de antebraço, ref - fratura de ulna

ECG, hematócrito, hemoglobina (H/Ha)

MTE: Dor + Gama

Diagnóstica

fratura rádio (?)

ADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Mafias Key AD - qual	14/03	Paciente fez cirurgia no fêmur aguarda alta esta semana. Acamp. da filha Teimosa
2) IL 1500ml	16	

Jean E. Gadelha
 Mat. 40001351
 SAME/HGR

25 AGO 2016

Gilcélia Parente
 Psicóloga
 CRP 29/04899

Conduta

Alta por Decisão Médica
 Alta a Pedido
 Alta a Revella
 Transferência para: alta por dia

Ambulatório
 Observação (Até 24h)
 Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

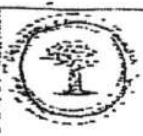
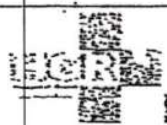
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



Impresso por: elidaiana.lima
 Data Hora: 05/02/2016 15:49:04



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE Amorim Pedilha dos Santos 65 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 1 / 1 /, COM

DIAGNÓSTICO DE Fratura ligamento de pino (C)

NO DIA 05 / 02 / 16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

osteomítico pino de pino SENDO

OPERADO PELO DR. Waldo Zeibone E DR. Marcos Amadeu

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 15 / 03 / 16, ÀS ... EM

BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 31 / 03 / 16, ÀS 13:00, COM C

DR. Waldo Zeibone.

INDICAÇÕES GERAIS :

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR.1826

1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES

2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.

3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.

- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.

- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.

- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de tíbia esquerda

Data: 5/2/2016

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Arnobio Padilha dos Santos

Idade 65^{os}

Bloco: Enfermaria Leito:

Caixa: Grandes fragmentos + Placas Especiais Nº

Circulante: Rosimar + Raimundo Sala 01

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Placa reta com 14 furos: 4

Parafusos corticais η = 28: 4 30: 2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/Nº
Cidade de Boa Vista - Tel: (67) 2121-1000
AUTENTICACAO
25 AGO. 2016
Certifico e Dou Fé que o presente
é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hosp.:

Dr. André
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1746
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: **ANNOBIO RODRILHA SANTOS**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **8101141314131211161141213**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **28/08/50**

9 - SEXO: **MASC.**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Milene Rodilha dos Santos**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **915911217181011**

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): **R. dos Três Moinhos - 302 - Pimenta**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **João Sato**

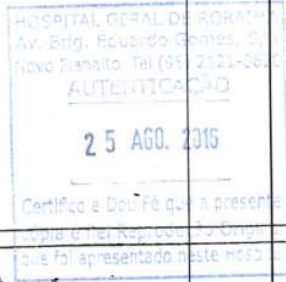
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF: **AP**

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Paciente evoluindo com JOELHO Ⓢ FURTIVO**



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **WUNDA**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **RX DE PANO + COXA Ⓢ AUMENTO EX. FIS. Ⓢ**

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **JOELHO ESQ. FURTIVO**

21 - CID PRINCIPAL: **73.0**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **OSTEOLITOMIA DE PANO + FIXAÇÃO EXTERNA DE PANO**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: **ORTOPÉDICA**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **URGÊNCIA**

28 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: **DR. BRUNO SUGENAGA**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **05/02/16**

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: **() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO**

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF**

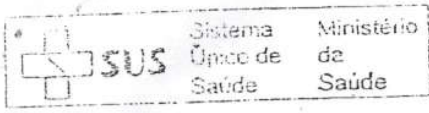
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **040805050013**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **5/2/16**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **0408050519**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0408050500**

1º Arh (5.02 a 26.2)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com dor no membro superior direito...

HOSPITAL GERAL DE ROQUE JACQUES
Av. Brig. Eduardo Gomes, 571
Novo Planície, Tel (95) 2121-0000
AUTENTICAÇÃO
25 AGO. 2015
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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 () CNS () CPF

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

ANNÓBIO PADILHA
DOS SANTOS

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 05/02/16

O.S. SALA 04

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FROT. SEGMENTO DE FEMUR + TÍBIA (E)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR + OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA (E)
TIPO DE INTERVENÇÃO: TPO CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O MESMO.

CIRURGIÃO: DR. BRUNO F. SANTI Dr. Bruno F. Santi
Ortopedia e Traumatologia
CRM/1047 DR. JUDSON (R1)
2º AUXILIAR: DR. HUGO (R1) INSUMO de Especialista
SBOT: 1007-10-14
3º AUXILIAR: ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO: HOSPITAL GERAL DE BOGOTÁ

RELATÓRIO CIRÚRGICO

AUTENTICAÇÃO
25 AGO. 2016
Certifico e Dou Fé que o presente
é uma cópia e fiel reprodução original
e que foi autenticado neste Hospital

1) Paciente em DDIT + RAQUIANESTESIA
2) DORSEPSIA + DMN - SEPSIA
3) Colocação de campos cirúrgicos.
4) Incisão de Aprox. 10cm em TÍBIA prox e distal
5) Fixação de placa DCP longa 14 or. AC - (placa ponte) + para fusão corticais.
6) Fixação externa em COXA (E) + controle radioscópico satisfatório + LMC CISTOS.
7) fechamento das incisões com Nylon 2.0
8) Curativo compressivo
9) DR RPA.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

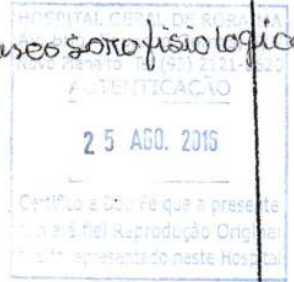
NOME DO PACIENTE: 659 Arnobio Padilha dos Santos
 APTº OU LEITO: GT
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____
 DATA: 05/02/2016

TIPO: CIRURGIA
 TEMPO DE DURAÇÃO:
 INÍCIO: 17:40
 FIM: 18:23
 TEMPO TOTAL: _____
 Descrição: Osteossíntese de Tibia + Fixador Externo de Femur E.

EQUIPE MÉDICA:
 CIRURGIÃO: Dr Bruno
 ANESTESISTA: Dr Fabian R. Cleber
 1º AUXILIAR: R. Idelson
 INSTRUMENTADOR: _____
 2º AUXILIAR: R Hugo
 CIRCULANTE: Rosimar/Raimundo

TIPO DE ANESTESIA: _____

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°		3	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 500 uel	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO 5	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	56 eletrodos
	FIOS DE SEDA N°			PENTRANE	1 cateter nasal P/02
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	6 Seringas 5+10+20 uel
2	MONONYLON COM AGULHA 2-0			ÉTER	
4	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
6	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINE	1 Escova P/ higienização
6	PARES DE LUVAS N°8			THIONEMBUTA	
2	EQUIPOS PARA SORO Macro			MARCAÍNA	3 frascos sorofisiológicos
2	ROLOS DE ESPARADRAPO 40cm			INOVAL	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOLATE	
2	COMPRESSAS			MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI 28			300ml Alcool 300ml Tópico	
SOMA					



ORTOSINTESE IND E COM LTDA
 Av Nelson Palma Travassos, 851 - CEP 02998-000
 Tel 55(11)39484000 - FAX 55(11)39484010
 Brasil - Site www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/04 **Lote: S11816** **Quant.: 1 pc**

FIXADOR LAY-FIX C/ BARRA 400MM
 FIXADOR EXTERNO LAYFIX
 FIXADOR EXTERNO
 Registro ANVISA N 10223710095
 MP INOX A/ISI 304 ASTM F138

13/5/2018 13/5/2013 Uso Único 0434

European Authorized Representative Obelis s.a
 Bo Général Wanis 53
 1030 Brussels, BELGIUM
 Tel +(32)2 732 59 54 Fax +(32)2 732 60 03 e-mail mail@obelis.net
 Resp Verificação I R R B
 Resp Técnico CARLOS M NAKAMURA/CREA N 0601628973

STERILE R 13/5/2013
 Ver Instrução de USO
 Proibido Reprocessar

EC REP



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: ARNÓBIO PADILHA DOS SANTOS

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO	TRANSOPERATÓRIO					SRPA							
	Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia		Sinais Vitais				
Data: <u>31.12.2016</u>	<u>17:20</u>	<u>17:40</u>	<u>17:30</u>	<u>18:23</u>	<u>OK</u>	<u>roque</u>	<u>esternotomia + fixação fêmur</u>			T	P	PA	SPUZ
Reg. Idade: <u>65^{os}</u>							Localização <u>(E)</u>		1'h		<u>94</u>	<u>105/60</u>	<u>96</u>
Chegada:	Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento							15'			
<input checked="" type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> U.T.I. 1		<u>roque</u>	<u>Sentado</u>										
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> U.T.I. 2	Hidratação Infundida	Antibiótico-Terapia	Hemoderivados										
<input type="checkbox"/> Outros:	SF a 0,9%: <u>1500</u>	Nome:	CH:										
Cirurgia Proposta:	SG a 10%:	Dose:	Plasma:										
1. Informações:	Outros:	Plaquetas:			1. Sonda					2h			
<input checked="" type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Pré-anestésico	N° de compressas oferecidas: <u>14</u>	Anátomo Patológico:			2. Curativo					3h			
<input type="checkbox"/> Jóias <input type="checkbox"/> Intracath	N° de compressas recolhidas: <u>18</u>	<input type="checkbox"/> Não			3. Drenc					4h			
<input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Sangue	Sinais Vitais:	N° peças:			4. Acesso Venoso					5h			
<input type="checkbox"/> Alegria <input type="checkbox"/> Cardiopata	T <u>36</u> °C P <u>112</u> bpm	<input type="checkbox"/> Sim			5. Outros: <u>roque</u>								
<input type="checkbox"/> Exames <input type="checkbox"/> Asmático	SAT <u>100</u> % R <u> </u> rpm	<input type="checkbox"/> Cultura											
<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Outros:											
	FC <u>104</u> bpm PA <u>92x54</u> mmhg												
2. Estado Emocional/ Mental	Exames na SO: <input type="checkbox"/> Ht <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> Raio X				Balanco Hídrico								
<input type="checkbox"/> Choro <input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Agitado				Entradas				Saídas				
<input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>amboso</u>	<input type="checkbox"/> Outros:				EV	HV	CH	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros	
3. Sinais Vitais:	Legenda												
T <u>36</u> °C P <u> </u> bpm	1. Eletrodos												
FC <u> </u> PA <u> </u> mmhg	2. Oxímetro												
SAT <u> </u> % R <u> </u> rpm	3. PVC												
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular	4. Placa de Bisturi												
	5. Incisão												
	6. Cateter												
	7. Venoclise												
	8. Dreno												
	9. SNG												
	10. Faixa de Smark												
	11. Outros:												
4. Condições da Pele:					Entrada:	Saída:							
<input checked="" type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> Ferimento					Ass.: <u>Rebeca Macedo Costa</u>								
<input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Queimado													
<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Hematoma													
<input type="checkbox"/> Frie <input type="checkbox"/> Contusão													
<input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Deformidade													
<input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Amputação													
<input type="checkbox"/> Abrasão <input type="checkbox"/> Frac. Exposta													
	Destino: <input checked="" type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Outros:												

219-4



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





DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ANNÓBIO PAD. LIMA DOS SANTOS	
DIAGNÓSTICO	FAST T.3.0 ⊕ + FAST. FEMUR ⊕ SEGMENTAR.	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA	300
2	SF 0,9% 500 ML EV 12/12H	18 16
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (SOSP)	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	
5	TILATIL 20MG EV 12/12H	
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 4/4H	10 14 18
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	14
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	CEFAZOLINA 0.5g ⊕ 8/8L.	14 M
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:




219-4
 NITZ

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	103x63	87	-	36°C
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. J. D. Andrade
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 1746

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		ARNOBIO PADILHA					
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA					
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2		NEGA	
		219/2		DATA		07/02/2016	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					SND
2		CLEXANE 40MG SC 1X DIA					16
3		CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					27
4		SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					27
5		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					27
6		PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN					
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT					
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
9		RANITIDINA 50MG EV 8/8H					27
10		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					27
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
12		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
13		CURATIVO DIÁRIO					M
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:							
# SOLICITADO :							
# CONDUTA : SOL PRE OP DIA 26/1/2016							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA							
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO							
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR			
6 H		140/90	98				
12 H		143/80	88				
18 H		154/77	90				
24 H		140/90	110				
					Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia		

219-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA 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		ARNOBIO PADILHA					
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA					
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2		NEGA	
				DATA		07/02/2016	
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				SV	
2		CLEXANE 40MG SC 1X DIA				AG	
3		CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				27/2/2016	
4		SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					
5		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				AG	
6		PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN					
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT				SV	
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV	
9		RANITIDINA 50MG EV 8/8H				27/2/2016	
10		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				Alm	
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV	
12		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SV	
13		CURATIVO DIÁRIO				h	
14		SSVV + CCGG 6/6 H				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:

SOLICITADO :

CONDUÇÃO: SOL PRE OP DIA 26/1/2016

PROGRAMACÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T₂	Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	140/60	80		36.1	
12 H	168/92	98		36.4	
18 H	160/90	78		36	
24 H	135/68	97		36.1	



BOLETIM OPERATÓRIO

ANUSBO PAD. LHO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 26,02,16 O.S. SOLA 02

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA DE FEMUR (E)
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: RMS+TTO UNÍNGUA DE PROT. DE FEMUR
TIPO DE INTERVENÇÃO: TTO UNÍNGUA
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O MESMO

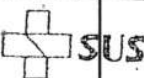
CIRURGIÃO: DR. MARCELO ZEITOUNE 1º AUXILIAR: DR. MARCELO ARRUDA
2º AUXILIAR: DR. HUGO (R1) INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: RSCQU-ANESTESIA
ANESTESISTAS: DRA. GUELINE ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDH + RSCQU-ANESTESIA.
- 2) ASSEPSIA + ANTI-SEPSSIO.
- 3) COLOCAÇÃO DE CAUPA UNÍNGUA ✓
- 4) RETIRADA DE FIXAÇÃO EXTERNO + REPOSIÇÃO DE OUTRO FIXAÇÃO EXTERNO.
- 5) REVISÃO DE HEMODINAMIA.
- 6) CURATIVO COMPRESSIVO.
- 7) AO RPA.

Dr. Marcelo Arruda
Coordenador do Serviço de
Ortopedia e Traumatologia - HGR
CRM 12817
CREM 1243

Marcelo Zeitoune
CRM 12817
Ortopedia e Traumatologia

 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 _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE **DANUBIO PADILHA**

6 - N° DO PRONTUÁRIO **134493**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) **81011413118121116114123**

8 - DATA DE NASCIMENTO **28/05/50**

9 - SEXO **MASC**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE **1591217108101**

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) **Alameda Padilha dos Santos**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA **V. das Ita Maris - 302 Prudentópolis**

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15 - UF **PR** 16 - CEP _____

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente acuminado com Fratura de Fêmur (e)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

cinurca

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

Rx do Fêmur (e) mostrando ex fratura

Marcelo Zeitone
CRM/RR 1284 TEOT 3008
Ortopedia e Traumatologia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO **Fratura do Fêmur (e)**

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO **RMG T10 cinurca do Fêmur de Rimu (e)**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA **ORTOPEDIA**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO **eletriz**

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE **Dr. Marcelo E. de Moraes**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO **26/02/16**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACOSNTE DE TRABALHO _____

34 - ACOSNTE DE TRABALHO TÍPICO _____

35 - ACOSNTE DE TRABALHO TRAJETO _____

36 - CNPJ DA SEGURADORA _____

37 - N° DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____

40 - CNAE DA EMPRESA _____

41 - CBOR _____

42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA
 EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO REEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

44 - CÓD. ORIÇÃO EMISSOR _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____


46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

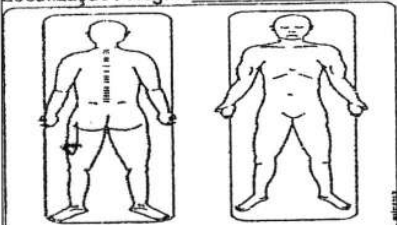
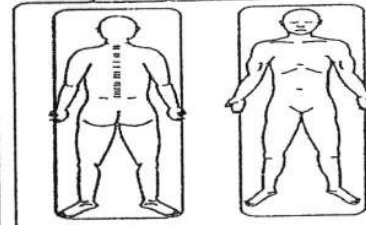
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO **26/2/16**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____



49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Politrucma -> 0445030013
0408050519 -> 5723
V299
0408060360 -> T842

10-A/h

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015			
	ENF/LEITO: 219-2			

Nome: <u>Arnaldo Padilha dos Santos</u>				
DATA: <u>24.02</u>	Localização / Região <u>M.E</u>		DATA:	Localização / Região
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (colado direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Alterado</u>			
Combo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Raulinson</u>	02- <u>Sis</u>	01-	02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro				
OBS:				

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

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		ARNOBIO PADILHA					
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA					
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2		NEGA	
TEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE					SND
2		CILEXANE 40MG SC 1X DIA					SND
3		CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					SND
4		SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					20/06
5		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					12
6		PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN					SND
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT					SND
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SND
9		RANITIDINA 50MG EV 8/8H					24/06
10		SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					Atenção
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND
12		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SND
13		CURATIVO DIÁRIO					M
14		SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina
15							
16							
17		Retirar SND					
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					

Eritaldas P. Passos
 Especialista em Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RR 1661



EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # SOLICITADO :
- # CONDUTA : SOL PRE OP DIA 26/1/2016
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
- # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H	115/73	82		36°
12 H	110/60	92	—	36.3°
18 H	110/70	90	—	36.0°
24 H	122/75	78		36°

Dr. Pedro Di Giovanni
 CRM/RR 1615
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

219-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		ARNOBIO PADILHA			
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA			
ALERGIAS		NEGA		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
		219-2		10/02/2016	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND	
2	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			26	
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H			14 20:00	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			30	
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA			20	
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8h SE DOR INT			SND	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H			14 20:00	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H			30	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIÁRIO			m	
14	SSVV + CCGG 6/6 H			KOTINA	
15	RETIRAR SVD			Of retirada	
16	<i>Dose de Sg VO até</i>				
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 PLANTONIA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITADO :

CONDUÇÃO : SOL PRE OP DIA 26/1/2016

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Tx	Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	140/80	89	-	36.9°C	
18 H	155/99	105	-		
24 H	130x80	98	-	36.7°C	
6hs	130x90	90	-	36°C	

17/02

		SPITAL	DE RORAIMA	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		TARIA	E DE RORAIMA	IA
DATA		DE ORT	ETRA	LC
PACIENTE		PRE	MEDIC	
DIAGNÓSTICO		HA		
ALERGIAS		FIXADO	IA	
IDADE		H	LGA	
ITEM		LE	219-2	
1	DET	PI	AO	
2	ED	1X DIA		
3	EF	EV 8/8H		
4	F	REALIZ	IA TO A	V 12
5	NE	EV 01		
6	RV	OMG VC		
7	AV	OF 0.9%	DE VO F	h S
8	AS	Ph (S/M)		
9	N	EV 8/8H		
10	EF	REALIZ	DE A	V 12
11	MP	VO SE P	EQ J	0 M
12	VE	S 40 GC	S 2 H	
13	RE			
14	RE			
15	RE	SAS 2H		
16				
17				
18				
19				
20		ORREC	ULT A	JLA
		EMA:	IN 20	H; C
		P 400:	CL OF SE	DI
		PL EM	PLANOS	

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
NEGA	
17/02/2016	
HORÁRIO	
S.M.	
14.06.06	
14.02.06	
10	
2	
15.02.06	
14.02.06	
15.02.06	
m	
ROTINA	
14.02.06	

EVOLUÇÃO
 # SOLICITAÇÃO
 # CONDUÇÃO
 # PROGRAMA
 # PREVISÃO

SINAIS VITAIS	F	T	
6 H			
12 H	140/90	81	36.1°C
18 H	130x70	76	
24 H	120x60	84	

Giovanni
 15
 pedia
 gia



PEDIDO DE PARECE

UNIDADE: _____
NOME: Anselmo Rodolfo da Silva
IDADE: 65a. REGISTRO: _____
BLOCO: B ENFERMARIA: 219 LEITO: 2
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia

PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Paciente com fratura de fêmur.
Solicitado Rins Urinário
Grato!

11/02/16
Data

Dr. Pedro Di Giovanni
Residente de Ortopedia
CRM 1615
Médico

65 anos
Rins Urinário
Fratura fêmur.
Nº problema cardiológico




EX fêmur; PA: 130/80 -
A/C: 12, 27, 50%
Amapá

11,02,16
Data

RA: R.S, dent natural

Dr. Marcelo Domingos R. Silva
Cardiologista
CRM 105/RR
Médico

PE Classe II Feldman

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA 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		ARNOBIO PADILHA						
DIAGNÓSTICO		FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE		LEITO	219-2	DATA	12/02/2016			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						SND	
2	CLEXANE 40MG SC 1X DIA						Ab	
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H						14-20 - 20	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H							
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA						Gordilhos	
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN						SND	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT						SND	
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H						14-20 - 20	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H							
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SND	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						SND	
13	CURATIVO DIÁRIO						realizar	
14	SSVV + CCGG 6/6 H							
15	DIAZEPAN 5 MG VO AS 21H						21	
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:								
# SOLICITADO :								
# CONDUTA : SOL PRE OP DIA 26/1/2016								
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA								
# PREVISÃO DE ALTA : SLM PREVISÃO								
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	tax	Dr. Pedro Di Giovanni CRM/RR 1615 Residente de Ortopedia e Traumatologia		
6 H								
12 H		100x70	94		36°			
18 H		156x68	103		30°c			
24 H								

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Comissão de Curativo - HGR	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO:			213-02

Nome: ARNOBIO PADILHA	
DATA: 19/02/16 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II α 2 Etiologia: PENJ	Localização / Região <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II Localização / Região <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: 21/02/16 Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: 01- ESTER de Faria 02- Rony	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: ESTER de Faria Enfermeira COREN-RJ 322.834	
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.

17/10/20



HOSPITAL GERAL DE ITORORоба
 SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

219-2

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ARNOBIO PADILHA		
DIAGNÓSTICO FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA		
ALERGIAS	NEGA	HAS NEGA
IMUNIZADO	LEITO	NEGA
Prescrição		
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	CELEXANE 40MG SC 1X DIA	
3	CEFTRIAZOLINA 1G EV 8/8H	
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	
5	BENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H S/N	
7	EPINAL 100MG + CLC 9% EV 08/08h S/N	
8	PANTOPRIL 40mg EV 8/8h (S/N)	
9	RANITIDINA 150MG EV 8/8H	
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 150MG EV 12/12H	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6H	
15	DIAZEPAN 5 MG VO AS 21H	
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 PLANTONIA	

SND
 16
 14/22/06
 susp
 S/N
 14/22/06
 S/N
 retorno
 21

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # SOLICITADO:
- # CONDUÇÃO: SOLICITADO DIA 20/1/2013
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H	130/90	97	20.00
12 H	130x90	91	- 36C
18 H	130x80	90	- 36.3C
24 H			

Dr. Pedro ...
 CRM/RX 1075
 Médico de Ortopedia e Traumatologia



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº | Versão:06 | Data da Elaboração:
 Atualizada: Janeiro / 2015 | Fevereiro 2013
ENF/LEITO: 219-2

Nome: <u>Amósio Padilha</u>	
DATA: <u>13.02</u>	Localização / Região: <u>MIE</u>
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diária</u>
Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- <u>Ana</u> 02- <u>Julia</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	OBS:

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

219-2



HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA
 SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____

PACIENTE: ARNOBIO PADILHA

DIAGNÓSTICO: FXA FEMUR 2/02 FIXADOR + FXA TIBIA

ALERGIAS: _____

IDADE: _____

SEXO: _____

1 DIFERENÇA DE 100%

2 OLEXANI 40MG 80 X DIA

3 CEFAZOLINA 1G IV 8/8H

4 SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G IV 12/12H

5 TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA

6 PARACETAMOL 500MG VO 6/6H S/N

7 TENSÃO 100/60 EV 2.9% EV 01 X DIA

8 PAINEL 100/60 (S/N)

9 RITMO 80/80 8/8H

10 SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG IV 12/12H

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

12 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DI 8/8H (S/N)

13 CURATIVO 10/10

14 SVP 100/60 8/8H

15 _____

16 _____

17 _____

18 _____

19 _____

20 _____

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (30),
 CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 250-500: 4UI; 300-500
 UI: 350-400: 3UI; > 400: 10 UI FICOU GLICEMIA < 70 DM/L
 GLICOSE EM ÚRINA EV LAMIDA < 2% SEM URINA

EVOLUÇÃO MÉDICA

SOCIOCIDADO

CONDUITA: SOLICITADA 26/2, 27/16

PROGRAMAS DE CUIDADO

PREVISÃO DE ALTA

SND
 0.16
~~HA~~ 22' 96'
 -
 SN
 SN
 SN
~~HA~~
 -
 SN
 SN
 M
 ROTINA
 21'

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
08H	106/70	70	16
12H			
13H			
20H	106/70	70	16

Dr. Pedro ...
 CRM ...



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ARNOBIO PADILHA	
DIAGNÓSTICO	FX FEMUR SOB FIXADOR+FX TIBIA	
ALERGIAS	NEGA	HAS NEGA DM2 NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	219-2	15/2/2016

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	SND
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H	16
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	14-20-25
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA	
6	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H SN	susp
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT	SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN. 03:30
9	RANITIDINA 50MG EV 8/8H	14-20-25
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SU
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15	DIAZEPAN 5 MG VO AS 21H	21
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:

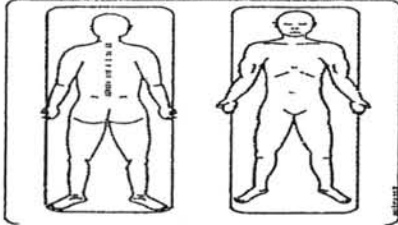
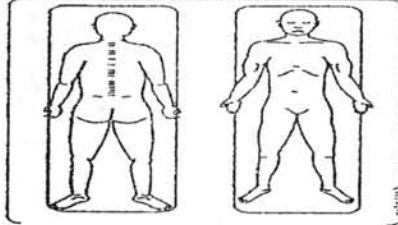
SOLICITADO :
 # CONDATA : SOL PRE OP DIA 26/1/2016
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
 # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

12:50. Paciente sem acesso venoso. após tentativas sem sucesso. cur. 21/2

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6H 5/1	137/72	90	-	36,9
12 H	147/80	88	-	37,4
18 H				
24H 22/1	112/75	94	-	36,4°C

Dr. Pedro Di Giovanni
 CRM/RR 1615
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

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

Nome: <u>Arnoldo Pasulha</u> <u>21a-2</u>					
DATA: <u>13.02</u>	Localização / Região <u>MLE</u>		DATA:	Localização / Região	
<input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II			<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		
Manho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguineo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguineo		
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor:	<input checked="" type="checkbox"/> Evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diários</u>				
Carimbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Emiliano</u>	02- <u>Dani</u>	01-	02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:			OBS:		

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Prescrição Médica Diária

Leito: 120-1

Paciente: ARNOLDO PARIKHA




Médicos Responsáveis: MARCELO ZEITOUNE

HD: FRACTURA SOB HEMERA DA DIFRASE DO FÊMUR ESQUERDO

Data: 11/13/2016

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE BLANDA CONFORME ACEITAÇÃO P/AS	SND
02	SCALP SALINIZADO SORO RINGER LITADO 1000 ml EV 12/12	18-01
03	TILATIL 20MG EV 12/12H	18-08
04	CEFALOTINA 1G EV 6/6H CEFALOSPORINA 01 G EV 8/8H	18-02-0
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	18-24-06-12
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H S/N	
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA RANITIDINA 50 mg EV 8/8H	18-06-14
08	TRAMAL 100MG +SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA>160X100MHG	
10	CURATIVO DIÁRIO	M 5 AÇO. 2015
11	CCGG +SSVV 6/6 H	Rotina
12	COEXME 40 mg SC 1x/dia	06
13	PROPRANOLOL 20mg V.O. Com. 1000 unid	08
14	NIFEDIPINA 20mg V.O. Com. 1000 unid	06
15	PARALAN 5mg Com V.O. 10 NOITE	21
		35V
		06:00=
		PA=108x65
		FC=80
		TAX=3/61=

Marcelo Zeitouné
 CRM/RJ 1284 / TEOT 6898
 Ortopedia e Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA											
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima							PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		05/02/2016	DIH		37	DN		28/05/1950			
PACIENTE		ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS									
DIAGNÓSTICO		FRATURA SEGMENTADA DE DIAFESE DE FEMUR E									
ALERGIAS		HAS		DM2		SIM					
IDADE		65	LEITO		120-1	DATA		12/03/2016			
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIOVRE							SND			
2	SF0,9% 1000ML EV 24H							12 24			
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H							14 32 06			
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H										
5	TILATIL 20MG EV 12/12H							18 06			
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N							SN			
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							SN			
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							SN			
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU							09			
10	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N										
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E OU PAD>110 MMHG							SN			
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							SN			
13	GURATIVO DIARIO										
14	HCTZ 50MG VO 1X DIA CEDO							06			
15	GLEXANE 40MG SC 1XDIA							16			
16	<i>Rebiner SUP.</i>							<i>atenção</i>			
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:											
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO											
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP	RODRIGO ANTONIO DE MELO MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. CRM 1826-RR					
6 H		132x78	89								
12 H											
18 H		120x60	90		36,-						
24 H											

AV. ...
 ...
 25 ABR. 2019
 ... e Dr. Fe que a presente
 ... e foi reproduzida Original
 ... foi apresentado neste ...



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	05/02/2016	DIH	38	DN	28/05/1950
PACIENTE	ARNOBIO FILHA DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA SEGMENTADA DE DIAFESE DE FEMUR E				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	65	LEITO	120-1	DM2	SIM
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL	CAPI			SND
2	SFO, 9% VO	EV 2/8h			12 24
3	CEFAZOLINA	EV 8/8h			15 37 06
4	SE FALTAR	13 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			
5	TRAMAL	12/24h			18 06
6	DIPIRIDA	100 VO 6/6h S/N			SN
7	TRAMAL	50 S. 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SN
8	PLASIL 10 mg	8/8h (S/N)			SN
9	SE FALTAR	10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU			06
10	RANITIDINA	150 EV 8/8h S/N			
11	CALTECH	1 VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
12	SIMETIC	10 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			SN
13	CURATIVO				M
14	HCTE 50MG	1 VO CEDA			06
15	CLEXTOR	1 X/DIA			16
16					
17					
18					
19					
20					

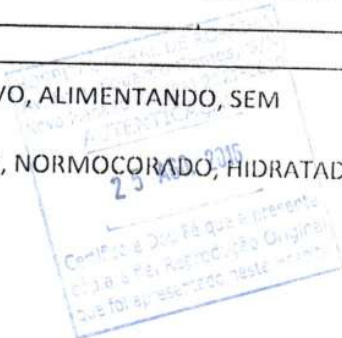
*Acolhimento Psicológico
 Realizado em 14/03*

*Gilcélia Brito
 Psicóloga
 CRP 20/04899*

CONTROLE COM INSULINA REGULAR (SC),
 GLICOSE: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; 401-450: 10UI OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
 POR LANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:


ENCONTRO PACIENTE DE ALTO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
 # EXAME FÍSICO: BEG, LÍQUIDO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA:
 # PROGRAMAÇÃO:
 # PREVISÃO DE ALTA: S/L



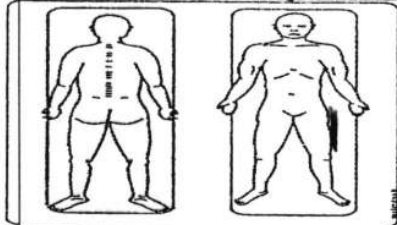
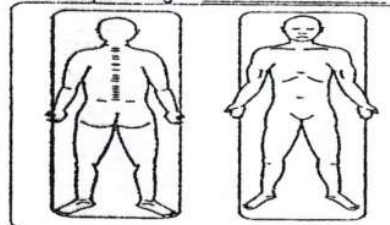
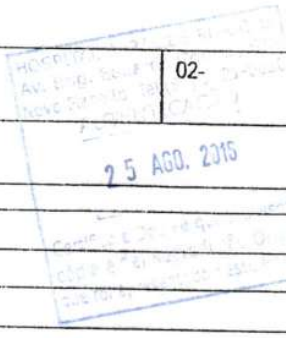
SINAIS VITAIS	FR	TEMP
6 H 110x80 80		
12 H 121x74 100		
18 H 110x76 97		
24 H 160x100 80/70		

RODRIGO ANTONIO DE MELO
 MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.
 CRM 1826-RR




R. Costa

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Atualização: Fevereiro 2013
	Atualizada: Janeiro / 2015				
	ENF/LEITO: 120-5				

Nome: Amosio

DATA: <u>13/03/16</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: <u>MJE</u> 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor		
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
Data da Próxima troca: Em caso de _____ de 24hs			
Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem: 01- <u>Carla Soares</u> 02- <u>Helena</u>	01-  02- _____		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	_____		
OBS:	OBS:		

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

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA	 HGR Hospital Geral de Roraima	 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
--	--	---	---

DATA DE ADMISSÃO	05/02/2016	DIH	39	DN	28/05/1950
PACIENTE	ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA SEGMENTADA DE DIAFESE DE FEMUR E				
ALERGIAS		HAS		DM2	SIM
DADE	65	LEITO	120-1	DATA	14/03/2016
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIOVRE				SND
2	SF0,9% 1000ML EV 24H				12 24
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				14 22 26
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TILATIL 20MG EV 12/12H				20 22
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				SW
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SW
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SW
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU				26
10	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SW
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E OU PAD>110 MMHG				SW
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SW
13	CURATIVO DIARIO				REVALIA
14	HCTZ 50MG VO 1X DIA CEDO				26
15	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				26
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:

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

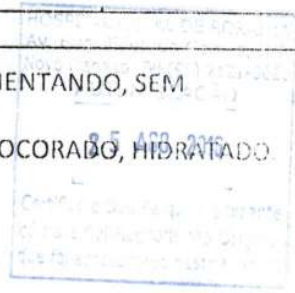
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:




PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	120x70	88		36,6°C
18 H	140/80	93	-	-
24 H	120x70	98		

RODRIGO ANTONIO DE MELO
 MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.
 CRM 1826-RR

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA	 HGR Hospital Geral de Roraima	 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
--	--	---	--

DATA DE ADMISSÃO	05/02/2016	DIH	40	DN	28/05/1950
PACIENTE	ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS				
DIAGNÓSTICO	FRATURA SEGMENTADA DE DIAFESE DE FEMUR E				
ALERGIAS		HAS		DM2	SIM
IDADE	65	LEITO	120-1	DATA	15/02/2010
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIOVRE				
2	SF0,9% 1000ML EV 24H				
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TILATIL 20MG EV 12/12H				
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
9	SE FALTAR ITEM 10 REALIZAR OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJU				
10	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E OU PAD>110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIARIO				
14	HCTZ 50MG VO 1X DIA CEDO				
15	GLEXANE 40MG SC 1XDIA				
16	ALTA HOSPITALAR				
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:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

25 AGO. 2015
 Rodrigo Antonio de Melo
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					RODRIGO ANTONIO DE MELO MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. CRM 1826-RR
12 H					
18 H					
24 H					

25/01/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA
- SEGURO DPVAT
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS
- SALA DE IMPRENSA
- TRABALHE CONOSCO
- CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170249236 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 07017596234

Posição em 25-01-2019 13:09:54

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou r

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/07/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
26/09/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/10/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4zMsavZ9pCrZn6tVihC+Vw=~/api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKSmm4wRr4625vXAS+2KRiB0=

 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones,219 - CEP:69.306-610 FONE GERAL:2121-2200	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520
--	---

MÊS/ANO: 02/2019	VENCIMENTO: 15/03/2019	MATRÍCULA: 00010423.0
-------------------------	-------------------------------	------------------------------

ARNOBIO PADILHA DOS SANTOS

RUA DAS TRES MARIAS, 302

PRICUMA

BOA VISTA RR 69309-670

INSCRIÇÃO: 001.007.044.0159.000

ROTA: 09.3508

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO Y12S471906	VOL FATURADO 26	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 14873730
DT.LEITURA ANT. 16/01/2019	DT.LEITURA ATUAL 14/02/2019	DIAS DE CONSUMO 29	LEITURA ANT. 1727	LEITURA ATUAL 1753	MÉDIA 19
MÊS/ANO 01/2019	CONS. 24	MÊS/ANO 12/2018	CONS. 14	MÊS/ANO 11/2018	CONS. 24
		MÊS/ANO 10/2018	CONS. 16	MÊS/ANO 09/2018	CONS. 19
		MÊS/ANO 08/2018	CONS. 17		

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	26 M3	81,29
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		65,03
MULTA P/IMPONTUALIDADE 12/2018		1,33
JUROS DE MORA 11/2018 10/2018		2,86

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR 150,51
---	---------------------------------------

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

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M					
Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

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

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.007.044.0159.000	02/2019	5	150,51	09.3508



8268000001-8 50510004001-1 00010423001-6 02201940003-9

