

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: 22/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04252

CONTA: 000000010162-5

Nr. da Autenticação 357BF94BB985DE7C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422796

Cidade: Rorainópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIENE PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 24/12/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO CONTUSA NA FACE. P3
FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO JOELHO ESQUERDO. P3
FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO. P7
FRATURA EXPOSTA DO 2º PODODÁCTILO DIREITO. P7

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P3/4
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E MODERADO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190422796

Vítima: ELIENE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON QUARESMA LEITAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIENE PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.037,50

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

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ELIENE PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000004252

Conta: 0000010162-5

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo da vítima

702-805 512-40

Elieir Pereira 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:

Elieir Pereira da Silva

7 - Profissão:

Do - 1007

8 - Endereço:

R. L.

6 - CPF:

702805-512-40

9 - Número:

760

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Suelândia

12 - Cidade:

Rorainópolis

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

693373000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

9591446695

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\$1.000,00 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 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:

4252 013

CONTA:

00010162

5

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ANÁLISE DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

SEGURO DPVAT S/A
RUA CARLOS ANTONIO DUARTE, 40 - Boa Vista - ROR

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim

☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Elieir Pereira da Silva

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

702-805-512-40

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rorainópolis-RR, 04-07-2019

Elieir Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do titular do seguro:

☐ DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE ACIDENTE (CASO DE ACIDENTE) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

1. Nº do pedido: 702-205512-40

2. Data de emissão: 04/07/2019

3. Data de validade: 04/07/2019

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSUAL DA PESSOA FÍSICA (TITULAR/ BENEFICIÁRIO/ REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 005/2017

1. Nome completo: Elaine Pereira da Silva

2. Data de nascimento: 05/05/1960

3. Estado civil: solteira

4. Sexo: F

5. Profissão: professora

6. Escolaridade: 2.2

7. Endereço: rua...

8. Cidade: ...

9. Estado: ...

10. CPF: 702.805.512-40

11. RG: 760

12. Data de emissão: 04/07/2019

13. Data de validade: 04/07/2019

14. Valor do seguro: 243578,00 R\$

15. Valor do prêmio: 458114,66 R\$

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMAS MENORES DE 18 ANOS EM INCAPACIDADE COM CURADOR

16. Nome completo do representante legal: ...

17. Data de nascimento: ...

18. Estado civil: ...

19. Profissão: ...

20. Renda mensal do titular da vitalidade: ...

☒ R\$ 0,00 a R\$ 1.000,00
☐ R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00
☐ R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.000,00 a R\$ 4.000,00
☐ R\$ 4.000,00 a R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.000,00 a R\$ 6.000,00
☐ R\$ 6.000,00 a R\$ 7.000,00
☐ R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00
☐ R\$ 8.000,00 a R\$ 9.000,00
☐ R\$ 9.000,00 a R\$ 10.000,00

21. DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDEMNIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO EM INCAPACIDADE (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (caso de poupança, informar o nome da instituição financeira e o número da conta)

☐ CONTA CORRENTE (caso de corrente, informar o nome da instituição financeira e o número da conta)

☐ BANCALeia (caso de bancaléia, informar o nome da instituição financeira e o número da conta)

☐ BANCALeia (caso de bancaléia, informar o nome da instituição financeira e o número da conta)

AGÊNCIA: 702-205512-40 CONTA: 0001146-2 COBENEF: ... COBENEF: ...

19. Autorização para a emissão do seguro: ...

20. Autorização para a emissão do seguro: ...

21. Autorização para a emissão do seguro: ...

22. Autorização para a emissão do seguro: ...

23. Autorização para a emissão do seguro: ...

24. Autorização para a emissão do seguro: ...

25. Autorização para a emissão do seguro: ...

26. Autorização para a emissão do seguro: ...

27. Autorização para a emissão do seguro: ...

28. Autorização para a emissão do seguro: ...

29. Autorização para a emissão do seguro: ...

30. Autorização para a emissão do seguro: ...

31. Autorização para a emissão do seguro: ...

32. Autorização para a emissão do seguro: ...

33. Autorização para a emissão do seguro: ...

34. Autorização para a emissão do seguro: ...

35. Autorização para a emissão do seguro: ...

36. Autorização para a emissão do seguro: ...

37. Autorização para a emissão do seguro: ...

38. Autorização para a emissão do seguro: ...

39. Autorização para a emissão do seguro: ...

40. Autorização para a emissão do seguro: ...

41. Autorização para a emissão do seguro: ...

42. Autorização para a emissão do seguro: ...

43. Autorização para a emissão do seguro: ...

44. Autorização para a emissão do seguro: ...

45. Autorização para a emissão do seguro: ...

46. Autorização para a emissão do seguro: ...

47. Autorização para a emissão do seguro: ...

48. Autorização para a emissão do seguro: ...

49. Autorização para a emissão do seguro: ...

50. Autorização para a emissão do seguro: ...

51. Autorização para a emissão do seguro: ...

52. Autorização para a emissão do seguro: ...

53. Autorização para a emissão do seguro: ...

54. Autorização para a emissão do seguro: ...

55. Autorização para a emissão do seguro: ...

56. Autorização para a emissão do seguro: ...

57. Autorização para a emissão do seguro: ...

58. Autorização para a emissão do seguro: ...

DADOS CADASTRAIS

DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO

PA 90170

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

ATO DECLARATORIO

1000085801 24/12/2018 03:08:02		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO 19-07-8PVAT	
Paciente ELIENE PEREIRA DA SILVA		Data Nascimento 28/06/1983		Idade 35 A 5 M 26 D		CNS GPF	
Tipo Doc Documento		Data Emissão		Sexo Estado Civil		Raça/Cor Naturalidade	
IDENTIDADE		F		PARDA		10 JUL 2019	
MÃE		Pai		Contatos		GENTE SEGURADORA S/A	
ELIZETE PEREIRA DA SILVA				...		Sis Prenatal	
Endereço						RUA - C - - SUELANDIA - RORAINOPOLIS -	
Class. de Risco		Plano Convenio		N da Carteira		Validade Autorização	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		Carate do Atendimento		Profissional do Atend.		Temp. Peso Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIMENTO		URGÊNCIA		Procedencia		Temp. Peso Pressão	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:	
DEMANDA ESPONTANEA						ADENILSON.LIMA	
Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintoma Tóxico Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem						GSC TOTAL	
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Paciente que sofreu acidente de moto e acabou a zero e ficou Logo foi chegando muito do. O corpo recheio de estresse.							
Exame Físico						AREA DE SINISTROS - DPVAT	
AR, MUCOSAS não alteradas						CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
ARC: R.C.R de cor rosa e úmida						11 JUN 2019	
SNC: ECG: 14gts.						GENTE SEGURADORA S/A	
Hipótese Diagnóstica						Ass. Capão João Batista, 484 - Boa Vista - RR	
SADT - Exames Complementares							
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) Degusano (1g) 1Aq eu							
2) Tenoxicam (40g) 2Aq eu 3.15				HOSPITAL REGIONAL SUL		PA 110x64	
3) SFO, 9% 500.0 + 4gts BH 501 eu.				GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO		SP 01-100	
4) Olanzapina no melho				BR 174 - Km 468		P. 97	
5) Curativo dos ferimentos				CEP: 69.370-970			
				RORAINÓPOLIS		RR	
Condução				Ambulatório		com origina	
<input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica				Observação (Ata 24h)		Confere	
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido				Internação			
<input type="checkbox"/> Alta Revelia				Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____			
<input type="checkbox"/> Transferência para: de SFO 971.							
Ábito							
Antes do Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			

2) ao atendimento / curativo e geral.

Rondinele O. da Silva
Assist. Adm. / H.R.S.G.O.S.P
Mat. 044000749



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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 MAYCON QUARESMA LEITÃO inscrito (a) no CPF 959241242 / 15 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ELIENE PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 702805512140 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADA da Vítima ELIENE PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 702805512140, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

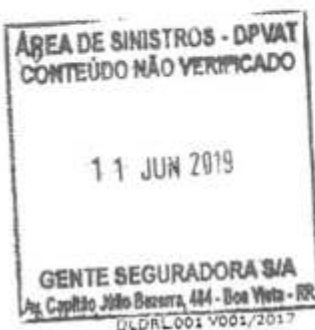
☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
<u>R. SANTA CLARA</u>		<u>593</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>CENTENARIO</u>	<u>BOA VISTA</u>	<u>ROAIMA</u>	<u>69.312-635</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>MAYCONLEITAO55@HOTMAIL.COM</u>			<u>195/99113-3533</u>



BOA VISTA - RR, 10 de JUNHO de 2019
Local e Data

Maycon Quaresma Leitão
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUI GOVERNADOR CÍCERO MAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 03.270.016/0001-03

150060501	24/12/2018 13:35:02	FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA	
Nome	Endereço	Data Nascimento	Idade	CNS	
ELIZETE PEREIRA DA SILVA	28/08/1983	35 A 5 M 20 D			
Tipos de Documento	Atividade Profissional	1ª Inscrição	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE:		F			PARDA
Mãe					Naturalidade
ELIZETE PEREIRA DA SILVA					
Endereço					
RUA - C - SUELANDIA - RORAINOPOLIS -					

13 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Sistema de Gestão de Saúde

Classe de Risco	Plano Convênio	N da Carteira	Validade	Atividade
SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Carate do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÊNCIA			
Salto	Tipo de Carga	Procedimento Sol.		
	DEMANDA ESPONTANEA			

Registro por:
ADENILSON LIMA

Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Fetal	<input type="checkbox"/> Síndrome de Respiração	<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue
------------------	---	---	---

Análises de Exatidão	GSC	TOTAL
	Ad: 1234 R: 12345 M: 123456	

Anamnese - HORA DA CONSULTA - () h

Quarta-feira, 13/07/2019, às 14h00. Paciente em acompanhamento de rotina. Queixa principal: dor abdominal. Exame físico: normal. Diagnóstico: dor abdominal. Tratamento: analgésico.

Exame Físico
R: M.V.C.R. não alterados
SVC: R.C.R. de 1er grau e 2º grau
SVC: R.C.R. de 1º grau

Hipótese Diagnóstica

Doença de Hirschsprung
Chama-se H.I.P.

SADT - Exames Complementares

☒ RAIOS-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECO ☐ CUTÂNEO

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1. Dor abdominal (3x) 10mg 90		
2. Transição (4x) 32mg 8h		
3. B.F.Q. 4x 500.0 + 4x 500.0 90		
4. Dor abdominal em repouso		
5. Dor abdominal em repouso		

Condição	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade

Atividade	Atividade	Atividade
Atividade	Atividade	Atividade

Assinatura do Paciente ou Responsável

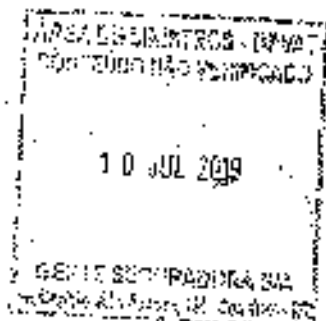
Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Antônio Carlos da Silva
Rondinele O. da Silva
Assist. Adm. / H.R.S.G.O.S.P.
Tel. 044000749

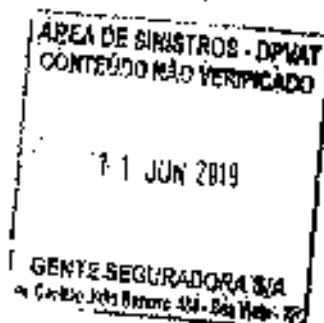


no lado esquerdo, Acidente com ve. alto (2)

fratura bacia exp. etc.
 Joelho e + lux. int. ant.
 t.ve. + fr. exp. 2º FOD



Do Centro exp. 100



* ~~Autônoma~~ exp. qual

Det. por acidente automotivo, auto x auto.
Fratura de MIE a lesão em manobra Esquerda, ambas resolvidas.
Apresenta marcas e hematomas por rasgu, hematomas e listos de
sangue no quadrante. OMS a perna. MUD. bil. e/ ou exp. omni-
lidade, pulso cheio, normotensa; CCS15, pupila isofotométrica,
ABD lim e insulga.

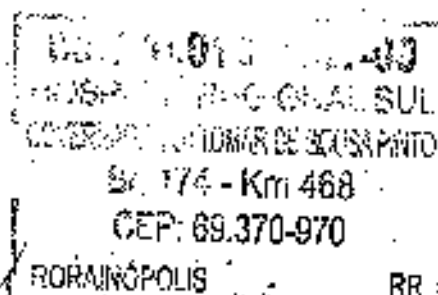
Alta da cirurgia geral.

- Autônoma para IV Drogas 19.34

Dr. Celso Monteiro
Clínico Geral
CRM-SP 1501/1972-696

Confere
com Original.

Rondinele O. da Silva
Ass. Adm. / H.R.S.G.O.S.P.
Mat. 044360749



06H
94x67
302
20
366



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONCEITO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

BOLETIM OPERATÓRIO

GENTE SEGURADORA S/A
R. Costa, 200 - Forno, Alt. - São Teófilo - RR

BOLETIM OPERATÓRIO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

Data: 29/12/18 C.S.

GENTE SEGURADORA S/A

R. Costa, 200 - Forno, Alt. - São Teófilo - RR

Eliane Pereira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Pratara lesão de pele joelho
e + luxação instável do joelho
+ fratura exposta 2º grau do pé
+ laceração lobo Hery e foca

CIRURGO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

08:00h
HOSPITAL REGIONAL SUL
CIVIL E CIRURGIA DE URGÊNCIA
Bt. 174 - Km 488
CEP: 69.370-970

Rondinele D. da Silva
Assist. Adm. F.R.S.G.O.S.P.
Mat. 044000749

RELATÓRIO CIRÚRGICO

RORAINÓPOLIS

RR

P. t. em D. de acidente Hery, com lesão
efeito a tórax.
C. supra/braço p.e. / e.g. operado e
C. Encontra-se Paciente vítima de acidente
de alto grau, (Moto + moto) com fratura de
tórax de joelho agudo, com fratura de metacarpo
biológico (caso), fratura de patela e fratura
em ambas as mãos por acidente com ferro e grande
acidente grave. Operado com fratura
com fratura de TNE com fratura de
fratura de 2º grau do pé. O e e fratura em ambas
as mãos e fratura de 1º grau de 9 dedos de uma

- ③ Controle de danos, regras de seguro e indenizações com foco em danos materiais, danos pessoais, danos morais, danos materiais, danos pessoais, danos morais.
- ④ Critérios de avaliação de danos materiais, danos pessoais, danos morais.
- ⑤ Seguro / Seguro / RPS

Após liberação de RPS, deve-se
 ao CT para monitorar e controlar o
 compromisso.

05.370.016/0601-00
 REGISTRO REGIONAL SUL
 RUA DE SANTO ANTONIO DE SOUSA PINTO
 S. 174 - Km 468
 CEP: 69.370-870
 RORAINÓPOLIS

Confere
 com original.

Rondinele O. da Silva
 Assist. Adm. / H.R.S.G.O.S.P.
 Tel. 042000749

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 JUN 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Rua Curitiba, 111 - Boa Vista - RJ

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Rua Curitiba, 111 - Boa Vista - RJ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - PSAR - PSF
Av. Engenheiro Celso de Gouveia, 2008

	()	Yungku
[]	()	Loruko
[]	()	Ainoko
[]	()	Sakoko
[]	()	Kuriko

Reklamasyon	
Yanang	
Lapang	
Angat	
Angat	

Veronika
Larsonja
Agnieszka
Veronika
Art. Pos:

20

[illegible]

Instituto de Enfermagem

Gst		TOTAL
12845	12845	12845

Assinatura - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)

anamnese - (HORA DA CONSULTA -)
 Paciente oriunda de Bonatupia, vítima de acidente
 envolvendo moto e equipe de ortopedista

ÁREA DE SINISTROS - DPMV
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ÁREA DE SINISTROS - DPMV
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

EXAMPLE FJS100

EXAMINE FÍSICO
BEG, LOTS, CHAAGE, Fx & M1

Hypotheses/Diagnoses

SADT - Exames Complementares

CDT - Exames Complementares

<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SOM	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
						APRESENTAMENTO

PRESCRIÇÃO

10/06 Presente com múltiplas fraturas na região da espinha cervical, algumas com deslocamento, e expõe um corpo estranho na UTE, provavelmente calcário com o eixo da UTE para o lado posterior, porém a compressão, porém não há a UTE.

APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
-------------	------------

Conducts

☐ Não por Desejo Médico
☐ Não a Pedido
☐ Não a Revelar

Transferência para: Ortopedia

— **nikto**

Antes do 1º Alendramento? () \$m

Assinatura do Paciente ou Responsável

10 JUL 2019

Imprimado por: antonia.soriano
Data Hora: 24/12/2018 16:56:06

$$\frac{dP_{\text{eff}}}{dt} = \frac{dP_{\text{eff}}}{d\tau} \frac{d\tau}{dt} = \frac{dP_{\text{eff}}}{d\tau} \frac{1}{\gamma} = 0$$

CENTRE FOR POLICY RESEARCH

() Ambulatório
() Observação (At: 24h)
() Internação
Data e Hora de Saída (At:)

Data e Hora da Saida (Até)

Carimbo e Assinatura do Médico

CONFIDENTIAL - This document contains information that is exempt from public release under the Freedom of Information Act, 5 U.S.C. 552.

Gilcein
Psychology
CRP 2010-2013



Elene Pereira da Silva

BLOCO A

AHA: (Evasão) 15.01.19.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
DE INTERESSADOS HOSPITALAR
CONTENDO VERIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - ENDEREÇO COMPLETO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HGR

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

4 - NOME DO DOENTE

Elene Pereira da Silva

5 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

7 0 0 4 0 6 4 0 5 8 6 5 5 4 2

6 - NOME COMPLETO DO DOENTE

7 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

8 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

9 - RAZÃO DA INTERNAÇÃO

Justura - Luxoço expulso de jules E + Justura +
Luxoço de Fausgela E + Justura Expulso de 2º PDI

10 - COMENTÁRIOS QUE JUSTIFIQUE A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

RX

11 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

Just. Exp. Fausgela + T. DE + 2º PDI E

PROCEDIMENTO SOLICITADO

12 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

13 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

14 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

15 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

16 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

17 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

18 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

19 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

20 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

21 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

22 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

23 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

24 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

25 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

26 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

27 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

28 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

29 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

30 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

31 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

32 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

33 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

AUTORIZAÇÃO

14 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

15 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

16 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

17 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

18 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

19 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

20 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

21 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

16 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

17 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

18 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

19 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

20 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

21 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

22 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

23 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE

24 - ENDEREÇO COMPLETO DO DOENTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORÔNIA
SECRETARIA DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

<input type="checkbox"/> ANÁLISES CLÍNICAS		<input type="checkbox"/> RADIOLOGIA	<input type="checkbox"/> OUTROS	PRONTUÁRIO Nº _____	
NOME DO PACIENTE <i>Clara Rosa</i>		DATA DE NASCIMENTO _____		IDENTIFICAÇÃO _____	
ENDEREÇO _____		CIDADE _____		UF _____	CEP _____
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>Osteíte FRATURA CUBITO</i>					
RUA DO SEGMENTO A SER EXAMINADO <i>Exposto, 10.11.06 + fratura: fratura</i>					
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS <i>Exat. artroscópica</i>					
ASSINATURA, LIMPE E CARIMBO DO MÉDICO		DATA DE EMISSÃO _____		UNIDADE SOLICITANTE _____	
ENCAMINHADO POR _____		_____			
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO		Emissão _____		CIDADE _____	UF _____
ASSINATURA E CARIMBO <i>Paulo Henrique Nasa Filho</i> Médico CRM-RR 2068		ESTA GUIA TEM VALIDADE POR 30 (TRINTA DIAS) A PARTIR A DATA DE SUA EMISSÃO			

RECEBUEMOS
em 05/12/06
as 14h00min
do Dr. Paulo Henrique Nasa Filho
CRM-RR 2068
RUA DO SEGMENTO A SER EXAMINADO
EXAT. ARTROSCÓPICA

104-2

Elaine Pereira

OK 104.2

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	<i>Elaine Pereira da Silva</i>		
DIAGNÓSTICO	<i>ELIENF</i>		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	<i>14/12/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<i>SND</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO + SF 0.9% 500ml <i>(CO)</i>		<i>18</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>(5ml p/uso)</i>		<i>22</i>
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		<i>22</i>
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		<i>22</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		<i>SW</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		<i>SW</i>
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		<i>SW</i>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		<i>SW</i>
10	SSVV + CCGG 6/8 H		<i>notina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		<i>SW</i>
14	CURATIVO DIÁRIO		<i>ny</i>
15	<i>Clindamicina 600mg (CO) 8/8h</i>		<i>22</i>
16	<i>Ciprofloxacino 500mg (CO) 12/12h</i>		<i>22</i>
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Boa evolução.

RECIBO DE PRESCRIÇÃO
Nº 104-2
DATA 14/12/18
PACIENTE Elaine Pereira da Silva
MÉDICO RESPONSÁVEL
Elaine Pereira
RORAIMA, 14 DE DEZEMBRO DE 2018.

Carimbo e assinatura do médico

SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H	<i>122/80</i>	<i>62</i>	<i>36.2</i>
12 H			
18 H			
24 H	<i>113/73</i>	<i>63</i>	<i>36.4</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Des. de: 20
PA: 148 x 88
FC: 104
U. 200ml

Edinaldo Almeida Taveira
Técnico em Radiologia
CRM-RS 579.329



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ELIENE PEREIRA DA SILVA	
AGNOSTICADA	FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S.N.D
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	S.N
4	TENOXICAM 40 MG. IV. 1X/DIA S/N	S.N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S.N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	S.N
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA.	S.N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S.N
11	SSVV + CCGG 6/6 H	S.N
12	CURATIVO DIÁRIO	S.N
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	S.N
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	S.N
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PREVISÃO DE ALTA	PREVISÃO DE CIRURGIA	PREVISÃO DE FR
12 H	130x70	78	36%
18 H	120x80	80	36%
24 H	110/68	98	

Dr. Fernando Rezende
CRA-RN 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fernando Rezende
CRA-RN 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

104-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: ELIENÉ PEREIRA DA SILVA					
AGNOSTICAR: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ					
ALÉRGICAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
		104-2		26/12/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	TENOXICAM 40 MG. IV, 1X/DIA S/N				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + COGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
15	Um progel 10 mg (C)				
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					

*antecipado
das 16:00hs.*

*antecipado
4hs*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

6h. PA: 112/74
 P. 97.

SINAIS VITAIS				
EM	PA	FC	FR	
12 H	120x85	85	17	35,5°C
18 H				
24 H	120x65	121	20	36°C

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RN 3007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Tudo - Paciente queixas de dor epigástrica e bastante
 espasmos musculares (perna E) tipo choque.

Adm. c.p.m + 8vvs

Obs: Tuxado longo.

NOME: <u>Carla Ferreira da Silva</u>			
IDADE: _____		REGISTRO: _____	
LOCAL: <u>A</u>	ENFERMARIA: <u>204</u>	LEITO: <u>2</u>	
TIPO: _____		EMERGÊNCIA: _____	
DE: <u>Ortopedia</u>		PARA: <u>Ortopedia</u>	

Dados Clínicos:

Paciente com fratura / luxação de joelho
 (E) . Sujeito a fratura perimenisco
 anteroposterior. (fixador externo) com permanência
 Sob o monitoramento e cuidados.
 26/12/18
 Data

Grato

[Assinatura]
 Médico

Pela ciência.

Caso Dr. Fernando, por favor seja claro
 na sua solicitação, ~~para~~ o que está de
 cinto acima é um pedido de avaliação
 e conduta (de qual?), ~~para~~ ^{mas de} ~~avaliação~~ descrição
 citada sobre o caso da paciente e fratura/luxação
 de joelho e colocação de fixador externo
 e não é da minha competência avaliar
 fratura, luxação ou fixador externo.

Data _____ Médico _____

El apresenta pulso arterial em todo o M.E.
 com boa perfusão
 caso haja alguma dúvida vascular
 Obs: Comunicação direta clínica 26/12/2018 / Bur →



Núcleo de Imagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Matrícula: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Eliene Pereira

do Silva

Leito:

404/2

Data:

03/04/2019

Lacunação

Região: PE - esquerda

Região:

Etiologia

☐ ICD-10 L14.1 ☒ Queimadura ☐ Fungos ☐ DM ☐ Vasculite
☐ Trauma ☐ Infecção do tecido ☐ Infecção
☐ Outro:

☐ ICD-10 L14.1 ☐ Queimadura ☐ Cervicite ☐ DM ☐ Vasculite
☐ Trauma ☐ Infecção ☐ Fixador Externa ☐ Ortopedia
☐ Outro:

Aplicação do

☐ Neutrose Amarela/Negra ☐ Estacelo ☐ Gramicidina ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros:

☐ Neutrose Amarela/Negra ☐ Estacelo ☐ Gramicidina ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros:

Pele Periférica

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seco ☐ Moleza / Rulbor
☐ Outro:

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seco ☐ Moleza / Rulbor
☐ Outro:

Tipo de Exudado

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

Quantidade de Exudado

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Antisséptico 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Cloroxidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colágeno/Tribromo ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colágeno/Tribromo ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Técnica

☐ 11/212 ☒ 48/48h

☐ 11/212 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou

 Hs. Sílvia M. de Oliveira
 COREN-PA 50777/95

 Adenilson V. Araújo
 CRP-PA 50777/95

Observações

Formulário de Anamnese

Paciente: Valeria Pereira da Silva

Data: 05/01/2014

Idade: 304.2

Localização

Região

MI-E

Região

MI-E (Femur)

Histologia

Apresentação do
Leito

Pele Periférica

Tipo de Lesão

Quantidade de
Lesão

Solução de
Limpeza

Cobertura
primária

Proca

Profissional que
realizou

Procedimento

Observações

☒ Inicialmente ☒ Cirúrgica ☐ DM ☐ Vascular

☒ Tratamento

☒ Tratamento

☐ Contato ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro

☒ Normal ☐ Mucosa ☐ Mucosa ☐ Mucosa

☐ Outro

☐ Contato ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro

☐ Outro

☐ Contato ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%

☒ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorox 2% ☐ Alcool 70%



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ELIENE PEREIRA DA SILVA					
AGNÓSTICO FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	LEITO	104-2	DATA	06/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA				S.N.D
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				S.N
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				S.N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H				S.N
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S.N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Roraima
12	CURATIVO DIÁRIO				S.T.F. OK
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				OK
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				OK
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM				OK
16					
17					
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRADO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

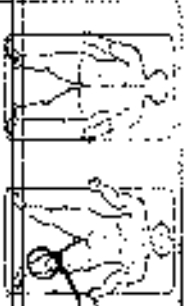

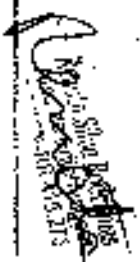
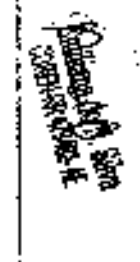
SINAIS VITAIS

# PREVISÃO DE ALTA	FC	FR	TA
12 H	134x78	85	35.8
18 H	134x78	85	35.8
22 H	134x78	85	35.8

Dr. Kamilla Rozendo
CRM 2007
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12h PCT 56 SUE SEM QVEX, H. 510-1740
06h pd no leito realiza
do medicamentoso com SSVV feito
sem queixas segue aos cuidados da Enf. Téc. Valde

Tratamento de Feridas - **Paciente: Clione Pereira da Silva**
 HGR **Leito: 204-2**
Data: 08/02/13

Localização			Região: MT		Região:
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Outro:		
Apresentação de	<input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Infestação <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida <input type="checkbox"/> Escorção <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Infestação <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida <input type="checkbox"/> Escorção <input type="checkbox"/> Outros:		
Pele Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Saco <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Saco <input type="checkbox"/> Outro:		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%		<input type="checkbox"/> Solução fisiológica 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Alcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Fibrina <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Frequência	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:					
Observações:					

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ELIENE PEREIRA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ				
ALERGIAS	HAS		GM2		
IDADE	LEITO	104-2	DATA	08/01/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA				
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	TLNOXICAM 40 MG. IV, 1X/DIA S/N				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCOG 8/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				
14	CFFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM				
16	Atenção pontos de cura				
17					
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400. 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRADO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ALVO: RELATIVO, COM ATUANTE

* EJEMPLO FÍSICO : BFG, ACIANÓTICO,

ANISÉRICO, A FEBRIL, LUPNEICO,

NORMOCURADO, HIDRATADO.

SOI CITADO :

CONDUITA: MANTIDA

06/21/2001/60

CHIRURGIA

~~2. PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO~~

64413	FA	FC	
104	100	100	

12 H	12/1/2021	1000	
------	-----------	------	--

18 H	102-10	101	
------	--------	-----	--

24 H.	86,452	88	
-------	--------	----	--

Dr. Fernando Rezendes

CRM RR 2007

Residente dell'ortopedica

Trammatologia

17/1/1990 perched on the water
yesterday morning about 10 am
at 50/1000. Since then
continued to fly in the air.



MINISTERIO DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

PEDIDO DE PARECER

ADP: Edmundo Pineda de la Cruz

REGISTRO:

ENFERMARIA:

EMERGENCIA:

LEITO:

2

Clínica para

PARA:

Duque de

Indicadores Clínicos:

Diagnóstico: patología aguda y crónica
un fco. Saneamiento ambiental y saneamiento

Gusto

Fecha: 09/01/19

Firma

Diagnóstico: Saneamiento y al fco.

09/01/19
Fecha

México



Núcleo de Enfermagem em

Pronúcleo 1

Versão:08

Elaborador: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Elaine Pereira

Leito:

104-3

Data: 09/01/19

Localização



Região:

mjc

Região:



Etiologia

- ☐ M/P I II III IV ☒ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Imobilização ☒ Fixador Externo ☐ Jateamento
☐ Outro:

- ☐ M/P I II III IV ☒ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Imobilização ☒ Fixador Externo ☐ Jateamento
☐ Outro:

Agentes de

Leito

- ☐ Necrose: Amarelada/Negra ☐ Fásicelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

- ☐ Necrose: Amarelada/Negra ☐ Fásicelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

Tipo de Lesão

- ☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seco ☐ Inflamação / Rubor
☐ Outros:

- ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seco ☐ Inflamação / Rubor
☐ Outros:

Tipo de Lesão

- ☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seroso-sanguíneo ☐ Seco
☐ Outros:

Quantidade de

- ☐ Malhada ☒ Único ☐ Seco

- ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de

- ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

- ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura

- ☒ Gaze ☐ Colágeno e Fibronase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros:

- ☐ Gaze ☐ Colágeno e Fibronase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros:

Troca

() 12/12

Diário

() 48/48h

() 12/12

() Diário

() 48/48h

Profissional que

realizou

Prescrição

Equipe do M. São
PaulistaLarissa Silva
Enfermeira

Observações

104-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE ELIENE PEREIRA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ		
ALERGIAS	TIAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA	
2	SF 0.9% 500ML EV S/N	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM	
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 DI /ML, GLICOSE F 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANIKTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

6:00h T=35.6°C
 P= 87 bpm
 PA= 92/58 mmHg

Gelcristina da C. Lima
 Técnica de Enfermagem
 CREA-RR 258.774

SINAIS VITAIS		CIRURGIA		PREVISÃO	
HR	PA	FC	FR	FC	FR
12 H	120/70	105	17	35.6°C	
18 H	100/60	82	-	35.6°C	
24 H	94/54	88	-	35°C	

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Paciente medicado CPM 24/01/2019. Plantão Noturno.

Verificado SSVV.

Paciente acordada no leito, normo, tirada as medicações de horário, deixou em 14h que o setor da farmácia não dispunha de SSVV, refere que na tem no momento a flanela SSVV.

Gelcristina dos Santos Pereira
 Técnica de Enfermagem
 CREA-RR 258.774

Gelcristina da C. Lima
 Técnica de Enfermagem
 CREA-RR 258.774

104-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DI: _____ DN: _____

PACIENTE: **ELIENE PEREIRA DA SILVA**

AGNOSTICADO: **FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: _____ LEITO: **104-2** DATA: **11/01/2019**

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1	DIETA ORAL PASTOSA	
2	SF 0.9% 500ML EV S/N	
3	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 8/8 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	
14	OFFTRIAxONA 1G EV 12/12H	
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

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 ≤ 200 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, REFATIVO, CONTACIUAANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
 ANICÚRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	06H	12H	18H	24H	06H
PA	95x65	110x70	100x70	90x60	
FC	91	86	80	89	
FR	19				
TEMP	35.8	36.2	36.2	36.2	

Dr. Fernando Ruzende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia



Núcleo de Enfermagem em

Pacientes

Versão: 03

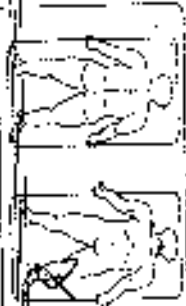


Laboratório: 02/2013

Atualizado: 12/2016

Tratamento de Feridas -

IGR

Paciente: Clione da SoraLeito: 104-2Data: 21/02/19

Localização		Região: <u>mt</u>		Região:
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPT III IV* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Traço <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outros:			
Aparência de Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno: Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Ulcerado / Rubor <input type="checkbox"/> Outros:			
Pele Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> Integridade <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Outros:			
Tipos de Exsudato	<input type="checkbox"/> Outros:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Soluções de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Ácido 10% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>AC</u>			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Solução de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:			
Freca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 4x/24h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 4x/24h		
Profissional que realizou procedimento	 Mariana Moreira Enfermeira			
Observações				



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	ELIENE PEREIRA DA SILVA	
AGNOSTICAR	FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	104-2
	DATA	12/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL PASTOSA	SND
2	SF 0,8% 500ML EV S/N	SN
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	SN
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/H S/N	SN
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H	SN
9	TRAMAL 100MG + SF 0,8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTÓPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 118 MMHG	SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H	Rotina
12	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H	SN
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	SN
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM	SN
16		
17		
18		
19		
20	<p><u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRAR PACIENTE DEITADO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:
CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

HR	PA	FC	FR
12 H	110/80	94	36,5
18 H	100/70	92	36,8
24 H	100/60	94	

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

VR5: A. (8:00) trocado o AVP por colocado feto 22 no m50

Plantas noturnas: feita indicação
de honorário referente a cuidados de

Hospital Geral de Roraima
Assistência de Emergência
CORREIO 001.101



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ELIENE PEREIRA DA SILVA					
AGNOSTO FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	104-2	DATA	13/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIFTA ORAL PASTOSA				300
2	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N				S/N
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H				2x 38
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	SSVV + CCGG 8/8 H				Cal - no
12	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				2x 220
14	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				2x 220
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM				2x 220
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,
 ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 EXAME FÍSICO: BÉG, ACIANÓTICO,
 AN:CTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 SOLICITADO:
 CONDLITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR
6H	97	36,2
12 H	97	
18 H	97	
24 H	97	sem aparelho

Dr. Fernando Rezende
 CRM-RR 2007
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

66h / 91x63 / 90 / sem aparelho de temperatura.

1042

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																								
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																								
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																								
PRESCRIÇÃO MÉDICA																								
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																					
PACIENTE: ELIENE PEREIRA DA SILVA																								
AGNOSTI: FX/LX EXPOSTA JOELHO + FX/LX EXPOSTA TNZ																								
ALERGIAS																								
IDADE	HAS	DM2																						
LEITO	104-2	DATA	14/01/2019																					
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL PASTOSA			S/N																				
2	SF 0,9% 500ML EV S/N																							
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N																							
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N																							
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8H																							
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																							
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																							
11	SS/VV + CUGC 6/6 H																							
12	CURATIVO DIÁRIO																							
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H																							
14	CEF TRIAXONA 1G EV 12/12H																							
15	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA EM JEJUM																							
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI, 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>																								
EVOLUÇÃO MÉDICA:																								
<p># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTÁCTUANTE</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÍLICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.</p> <p># SOLICITADO:</p> <p># CONDLTA: MANTIDA</p>																								
<p>Dr. Fernando 07</p> <p>Dr. Carlos Henrique da Rosa</p> <p>Médico CRM-RR 488</p>																								
<p>Dr. Fernando Rezende</p> <p>CRM-RR 2007</p> <p>Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>																								
<p>SINAIS VITAIS AO DO CIRURGIÃO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>TEMPO</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>104/77</td> <td>107</td> <td>20</td> <td>35,3</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>106/91</td> <td>96</td> <td>(20)</td> <td>35,3</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>106/90</td> <td>83</td> <td></td> <td>35,8</td> </tr> </tbody> </table>					TEMPO	PA	FC	FR	TEMP	12 H	104/77	107	20	35,3	18 H	106/91	96	(20)	35,3	24 H	106/90	83		35,8
TEMPO	PA	FC	FR	TEMP																				
12 H	104/77	107	20	35,3																				
18 H	106/91	96	(20)	35,3																				
24 H	106/90	83		35,8																				

OBS: Ao 24:30 trocado o AVP por colado joelho 26 mm



BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 14/01/2019

RECEPTOR Nome: ELIENE PEREIRA DA SILVA Solicitação: 029124 Data da Solicitação: 14/01/2019

Dt. Nasç.: 28/08/1983

EXAMES DO RECEPTOR

Nº da RT:

Grupo ABO Rh: O (+)

Coombs Direto - Mono:

Poli:

Prontuário: 1801050718

Leito: 104-2

P.A.I.: N

Ident. de Anticorpos:

Enfermaria: A

Apto. HGR

LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocomponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume	P. Cruzada (GEL)
					TA	AGH			
0114181218011		CH	O(+)	N		COMPATÍVEL	N	357 ml	C

Reação:

Data/Hora Início: 15/01/19 02:25

Data/Hora Fim: 15/01/19 02:05

Início no 25 no T 35,8°C PA 100x40 P 85 FR 18



BOLSAS DISTRIBUÍDAS PARA PACIENTE

Data: 14/01/2019

RECEPTOR Nome: ELIENE PEREIRA DA SILVA Solicitação: 029124 Data da Solicitação: 14/01/2019

Dt. Nasç.: 28/08/1983

EXAMES DO RECEPTOR

Nº da RT:

Grupo ABO Rh: O (+)

Coombs Direto - Mono:

Poli:

Prontuário: 1801050718

Leito: 104-2

P.A.I.: N

Ident. de Anticorpos:

Enfermaria: A

Apto. HGR

LIBERAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES - HEMOCENTRO

Nº da Bolsa	Nº do SUS	Hemocomponente	Grupo ABO Rh	P.A.I.	Prova Cruzada		Teste Hemólise	Volume	P. Cruzada (GEL)
					TA	AGH			
0114181218002		CH	O(-)	N		COMPATÍVEL	N	308 ml	C

Reação:

Data/Hora Início: 15/01/19 02:25

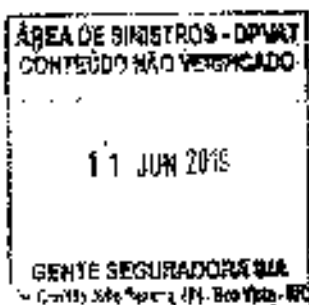
Data/Hora Fim: 15/01/19 03:55

Unidade Solicitante: BLA

Responsável:

Antônio Manoel da Silva
BIOQUÍMICO
CRQ 1006154

Assinatura
Data: 14/01/2019



Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

Alcaldes Alcaldes Alcaldes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GILIO CRUZ

Polgar Direito

Elieine Pereira da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 507167-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/01/2016

NOME
ELIENE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO

ELIZETE PEREIRA DA SILVA
NATURALIDADE

TUCURUI - PA DATA DE NASCIMENTO 28/06/1983

DOC. ORIGEM
CERTO NASC 3682 FLS 139 LIV A-71
ITAITUBA-PA
CPF

702.805.512-40 **AMADEU ROCHA TRIANI**
Ponto de Registro de Pessoas Físicas
Diretor de RDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.805.512-40

Nome
ELIENE PEREIRA DA SILVA

Nascimento
28/06/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
80BD.E569.95A5.7329

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:47:35 do dia 11/12/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzara, 404 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzara, 404 - Boa Vista - RR

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Elieze Pereira da Silva
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira
Profissão: doméstica
Identidade: 507.167-4 CPF: 702.805.512-40
Endereço: Suelandia R.C. Loraino pebes

OUTORGADO:

Nome: Maycon Quaresma Leiteiro
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro
Profissão: Advogado
Identidade: 315349-5 SSP CPF: 95924124215
Endereço: R. Santa Clara, n. 593 Centenario

PODERES

Para requerer o seguro DPVAT por Invalidez 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 privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do proprietário, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Rorainópolis

17-06-2019

Local e data



Elieze Pereira da Silva

Assinatura do Outorgante

(reconhecer por autenticidade)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR

CARTÓRIO de Rorainópolis 55 95 3238 2068

RECONHECIMENTO

Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (1) ELIEZE PEREIRA DA SILVA

Rorainópolis, 17 de junho de 2019. Emolumentos: R\$ 3,10 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$ 3,10

GILMAR DA SILVA MENDONÇA - Escrevente Autorizado

- NÚMERO IMPRIMÍVEL SEM EMISSÃO DO SINAL -