



DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HL <input type="checkbox"/> Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.	Assinatura do Paciente:	RG:

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Description:	
	Name do Receptor:	
	Function of the Receiver:	
	Signature of the Receiver:	
TERMO DE RECUSA	<input type="checkbox"/> I declare for the due purposes that I am refusing the <u>pre-hospital care</u> provided by SAMU/Boa Vista, in this opportunity;	
	<input type="checkbox"/> I declare for the due purposes that I am refusing the <u>transport to hospital</u> provided by SAMU/Boa Vista, in this opportunity;	
	Signature of the Patient:	RG:
	TESTIMONY 01:	RG:
TESTIMONY 02:	RG:	

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO																																																																																		
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	<i>1 RL 500 mL 2 ptc de compressas</i>																																																																																		
Perda de líquido:	BCF:	<i>1 equipo 4 ataduras 20cm</i>																																																																																		
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	<i>1 gelco n-16 e 20 esparadrapo</i>																																																																																		
<table border="1"> <tr><td>Abertura Ocular:</td><td>Classificação:</td><td>Pontos</td></tr> <tr><td>Palpebra aberta facilmente a estimulação</td><td>Espontânea</td><td>4</td></tr> <tr><td>Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta</td><td>Ag. Som</td><td>5</td></tr> <tr><td>Abertura ocular após em estimulação ou extimidação dos</td><td>A. Pressão</td><td>2</td></tr> <tr><td>Desconhecido</td><td>Ausente</td><td>1</td></tr> <tr><td>Autônoma persistente de abertura ocular sem fator de</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Interferência</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Oncos Tachibana devicido a fator local</td><td>Não Tachibana</td><td>NT</td></tr> <tr><td>Resposta Verbal:</td><td></td><td>Pontos</td></tr> <tr><td>Resposta evitativa relativamente ao nome, dia e hora</td><td>Orientada</td><td>5</td></tr> <tr><td>Resposta não orientada mas com resposta ligeira</td><td>Confusa</td><td>4</td></tr> <tr><td>Resposta ausente/delirante</td><td>Delirante</td><td>3</td></tr> <tr><td>Aparatos genitais</td><td>Som</td><td>2</td></tr> <tr><td>Extrínseco ou intrínseco envolvendo algum fator de interferência</td><td>Ausente</td><td>2</td></tr> <tr><td>Fator que interfere com a comunicação</td><td>Não Tachibana</td><td>NT</td></tr> <tr><td>Resposta motora:</td><td></td><td>Pontos</td></tr> <tr><td>Contração de braços com 2 dedos</td><td>A. proxim.</td><td>5</td></tr> <tr><td>Elevação da mão acima do nível da clavícula só estimulando os</td><td>Localizadora</td><td>5</td></tr> <tr><td>dedos da palma</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Flexão rápida do membro superior no nível do cotovelo,</td><td>Flexão</td><td>4</td></tr> <tr><td>peito predominantemente não normal</td><td>Flexão</td><td>5</td></tr> <tr><td>Flexão rápida do membro superior no nível do cotovelo,</td><td>anormal</td><td></td></tr> <tr><td>peito predominantemente claramente anormal</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Extensão do membro superior no nível do cotovelo</td><td>Extensão</td><td>2</td></tr> <tr><td>Ausência de movimento dos membros</td><td>Ausente</td><td>1</td></tr> <tr><td>Superfícies/interiores: sem fatores de interferência</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Fator que causa resposta motora</td><td>reduz intens.</td><td>7</td></tr> </table>		Abertura Ocular:	Classificação:	Pontos	Palpebra aberta facilmente a estimulação	Espontânea	4	Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ag. Som	5	Abertura ocular após em estimulação ou extimidação dos	A. Pressão	2	Desconhecido	Ausente	1	Autônoma persistente de abertura ocular sem fator de			Interferência			Oncos Tachibana devicido a fator local	Não Tachibana	NT	Resposta Verbal:		Pontos	Resposta evitativa relativamente ao nome, dia e hora	Orientada	5	Resposta não orientada mas com resposta ligeira	Confusa	4	Resposta ausente/delirante	Delirante	3	Aparatos genitais	Som	2	Extrínseco ou intrínseco envolvendo algum fator de interferência	Ausente	2	Fator que interfere com a comunicação	Não Tachibana	NT	Resposta motora:		Pontos	Contração de braços com 2 dedos	A. proxim.	5	Elevação da mão acima do nível da clavícula só estimulando os	Localizadora	5	dedos da palma			Flexão rápida do membro superior no nível do cotovelo,	Flexão	4	peito predominantemente não normal	Flexão	5	Flexão rápida do membro superior no nível do cotovelo,	anormal		peito predominantemente claramente anormal			Extensão do membro superior no nível do cotovelo	Extensão	2	Ausência de movimento dos membros	Ausente	1	Superfícies/interiores: sem fatores de interferência			Fator que causa resposta motora	reduz intens.	7	<i>1 SF 250 mL</i> <i>6 luvas P</i> <i>4 !! G</i> 	
Abertura Ocular:	Classificação:	Pontos																																																																																		
Palpebra aberta facilmente a estimulação	Espontânea	4																																																																																		
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ag. Som	5																																																																																		
Abertura ocular após em estimulação ou extimidação dos	A. Pressão	2																																																																																		
Desconhecido	Ausente	1																																																																																		
Autônoma persistente de abertura ocular sem fator de																																																																																				
Interferência																																																																																				
Oncos Tachibana devicido a fator local	Não Tachibana	NT																																																																																		
Resposta Verbal:		Pontos																																																																																		
Resposta evitativa relativamente ao nome, dia e hora	Orientada	5																																																																																		
Resposta não orientada mas com resposta ligeira	Confusa	4																																																																																		
Resposta ausente/delirante	Delirante	3																																																																																		
Aparatos genitais	Som	2																																																																																		
Extrínseco ou intrínseco envolvendo algum fator de interferência	Ausente	2																																																																																		
Fator que interfere com a comunicação	Não Tachibana	NT																																																																																		
Resposta motora:		Pontos																																																																																		
Contração de braços com 2 dedos	A. proxim.	5																																																																																		
Elevação da mão acima do nível da clavícula só estimulando os	Localizadora	5																																																																																		
dedos da palma																																																																																				
Flexão rápida do membro superior no nível do cotovelo,	Flexão	4																																																																																		
peito predominantemente não normal	Flexão	5																																																																																		
Flexão rápida do membro superior no nível do cotovelo,	anormal																																																																																			
peito predominantemente claramente anormal																																																																																				
Extensão do membro superior no nível do cotovelo	Extensão	2																																																																																		
Ausência de movimento dos membros	Ausente	1																																																																																		
Superfícies/interiores: sem fatores de interferência																																																																																				
Fator que causa resposta motora	reduz intens.	7																																																																																		

22h46

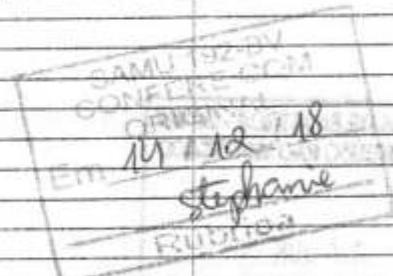
Vítima colidiu moto x carro, encontrada, sentada, sem capacete, realizando frenagem + colisão cervical, apresentava do fratura na região de patela + lacerações torno distal do fêmur ± 30 cm com profundidade 10 cm, com exposição de tecido mole. Pálpebra perfurada + profunda, de ± 10 cm. Realizado protocolo de intubação + AVP + analgesia, MR viável e encaminhado ao GT.

Obs: Vanessa S. de Menezes  
CRM-RR 387261  
CORBV-RR 387261

ÁREA DE SINISTROS - DNMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitalista 400 - Boa Vista - RR



ASSINATURA E CARIMBO

2019-06-17 10:56:51



CNPJ: 05.829.487/0001-08  
ENDERECO ESTADUAL: 20.085.426-3  
RUA MELVIN JONES, 218 - SÃO PEDRO - CEP: 99.301-012

ATENDIMENTO CAERR  
0800 280 9520  
[www.caerr.com.br](http://www.caerr.com.br)

236128

Maio/2019

Dados do Cliente:

REJANE DA LUZ DE QUEIROZ

RUA LOURIVAL SILVA, 1132 - TANCREDO NEVES  
S. BOA VISTA, RR 69300-000

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.014.129.0461.000	17	5703	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
V125470725	04/12/2012	LIGADO	LIGADO
LEITURA FAT.	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)
LEITURA INF.	1376	1394	18
DT. LEITURA	16/04/2019	20/05/2019	34

ULTIMOS CONSUMOS

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL N.º 5446 / 2006 D.M.					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTRIB	E.COLI
EXIGIDAS	198	198	198	198	198
ANALISADAS	294	294	294	294	294
MÉDIA	294	294	294	294	294
CONFORMES	294	294	294	294	294

DESCRICAÇÃO

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	18 M3	48,08
ESGOTO	80,0 % DO VALOR DE ÁGUA	38,47
MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019		0,86

VENCIMENTO:

15/06/2019

TOTAL A PAGAR

87,41

Via do Cliente

Via da ODE



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
206128	05/2019	15/06/2019	87,41

82640000000-4 87410004001-1 00023612801-3 05201970003-9



ÁREA DE SINISTROS - DIPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

## VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2772091

**JOSE HORACIO DO NASCIMENTO**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2748 , 02

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>1020749</b>	MÊS <b>04/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>25-MAR-19 a 24-APR-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>1051</b>	VENCIMENTO <b>11-MAY-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 885,79</b>

## OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



## RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>1020749</b>	MÊS <b>04/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 885,79</b>
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000080.85790075004.000000001024.074904190050



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 614 - Boa Vista - RR

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Denize Correa Panta inscrito (a) no CPF sob o Nº 792.657.152,00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jucimara Bezerra da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 886.462.972,68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jucimara Bezerra da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 886.462.972,68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

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

Endereço Bairro Email	Cidade	Número Estado Telefone comercial DDD)	Complemento CEP Telefone celular (DDD)
<u>Av. General Staide Teive</u> <u>Liberdade</u> <u>lidorboavista1.pendencia@hotmail.com</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>2748</u> <u>RR</u> <u>(95) 99117-5392</u>	<u>02</u> <u>69.309.000</u>

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

17/06/2019 de Junho de 2019  
Local e Data

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MAILSON DE LIMA LEITE

RG nº 256.570, data de expedição 24/10/2014.  
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 002.592.382-01, com  
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de  
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALÉNCAR MACEDO, nº 443,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JUCIMARA SERRÃO DA SILVA, cujo o condutor era  
BENAIAS SABINO ROCHA.

Veículo: YBR

Modelo: YAMAHA

Ano: 2006

Placa: NAM 2023

Chassi: 9C6KE09106000930

Data do Acidente: 10/09/2018

Local e Data: RUA CARLOS PEREIRA DE MELO 30-03-19 - Boa Vista/RR

MAILSON DE LIMA Leite

Assinatura do Declarante

Benaias Sabino Rocha

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador  
Av. Andrade Neves, 4307 - Av. Beira-Rio - Boa Vista/RR  
Fone: (64) 3237-4199  
Email: boavista@notariadoaquinon.com.br

RECIFIR1562063542PAKND00FT36 /

Em testemunha da verdade, RBF  
De que dou fé Boa Vista/RR, 10 de janeiro de 2019.  
Consulte o(s) testemunha(s) abaixo em [certidao.portaldalei.com.br](http://certidao.portaldalei.com.br)  
REFCIR1562063542PAKND00FT36 /

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR



## BLOCO X

Folha 4469

SUS

Sistema  
Saúde do  
BrasilLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAMENTO - SPACI

CONTROLE DO PROTOCOLO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

FGC

17 JUN 2019

2-CNEB

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

FGC

AUXILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Juliana Senna de Souza

GENTE SEGUROADORA S/A

Cia de Minas Gerais

4 - N° DO PRONTUÁRIO

164972

5 - SEXO

5 - CÓDIGO DO PACIENTE

8191816101312181013151911013

6 - DATA DE NASCIMENTO

06/04/86

7 - ENDEREÇO DO RESIDENCIAL

lourenço loterio

8 - ENDEREÇO DO TRABALHO

rua marques 206 - 3º andar

9 - ENDEREÇO DO CONSULTA

Boa Vista

10 - ENDEREÇO DO FONE

206 321 0000 - 15 - UF

11 - FONE DE FONTE

IPR/UFSCAR

12 - FRAZER DO PACIENTE

SUSPENSAO DA INVESTIGACAO

13 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

Possivel celiase. O paciente é um  
homem jovem com antecedentes de  
diabetes e gasterite. Ele apresenta  
dorso, observando-se lesões periorbitais  
das palpebras e uma alteração febril.

Internamento exigido

14 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS MACHÔNIOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx Sangue de jejun - R - anal

15 - DOCUMENTO DO PACIENTE

21 - CRM III PRINCIPAL, 22 - CRM III SECUNDARIO, 23 - CRM DENTAL

Carteira de cidadão - RG - Pefoce

16 - DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internamento

17 - DOCUMENTO DO PACIENTE

25 - DOCUMENTO (CRONOLOGICO) SOLICITADO PELA TENTATIVA

Carteira de identidade - RG - Pefoce

26 - DOCUMENTO (CRONOLOGICO) SOLICITADO PELA TENTATIVA

18 - DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internamento

19 - DOCUMENTO DO PACIENTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Carteira de identidade - RG - Pefoce

20 - DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internamento

21 - DOCUMENTO DO PACIENTE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Carteira de identidade - RG - Pefoce

22 - DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internamento

23 - DOCUMENTO DO PACIENTE

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Carteira de identidade - RG - Pefoce

24 - DOCUMENTO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internamento

25 - DOCUMENTO DO PACIENTE

34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040806045

5868

✓299



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

## BULETÍN DE OPERATÓRIS

BOLETO DE OPERAÇÕES	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO
DATA: <u>11/09/18</u>	17 JUL 2019

Jiaxiang Geran  
Jia Sheng

## **DIAGNÓSTICO PRÉ-OOPERATÓRICO**

INDUSTRIAL THERMOTECTA

PO DE ENTRAR NA VIDA

#### **EDUCAÇÃO E PROBLEMAS**

## DIAGNOSTICO OPERATORI

CURRHO

2º AUXILIAR

3º ADULTAR

## ANESTHESIA

1º AUXILIAR

## **INSTRUMENTADORA:**

## ANESTHESIA

## ANESTHESIA:

100

FBK

## SURFACE

## RELATÓRIO CIRURGICO

En el año de 1850 se fundó la  
Universidad de Costa Rica, la  
cual ha tenido sucesivas  
transformaciones y en la actualidad  
se divide en tres facultades:  
la Facultad de Medicina, la Facultad  
de Derecho y la Facultad de Ciencias  
y Letras.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 324 APT OU LENDO NU DO PRONTUÁRIO DATA 13/09/78

Assunto da consulta

## CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

## EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA

Dra. Paula

RES. ANESTESIA

João

INSTRUMENTADOR

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

TEMPO DE DURAÇÃO:

VALOR

TIPO DE ANESTESIA:	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCT'S COMPRESSAS C/02 UNID.		15	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N° 4/0	
	LUVA ESTERIL 8,0		10	FIO MONONYLON N° 4/0	
	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULEIA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
	LAMINA BISTURON			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUCCAO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SPIDA N°	
	SERRINGA 91MM			SURGICEL	
	SERRINGA 4ML			CERA PI OSSO	
	SERRINGA 5ML			KIT CATARATAN	
	SERRINGA 10ML		1	GROFOAM	
	SERRINGA 20ML			FTEA-CARDIAGA	
	OUTROS:			OUTROS:	
	et/mais				

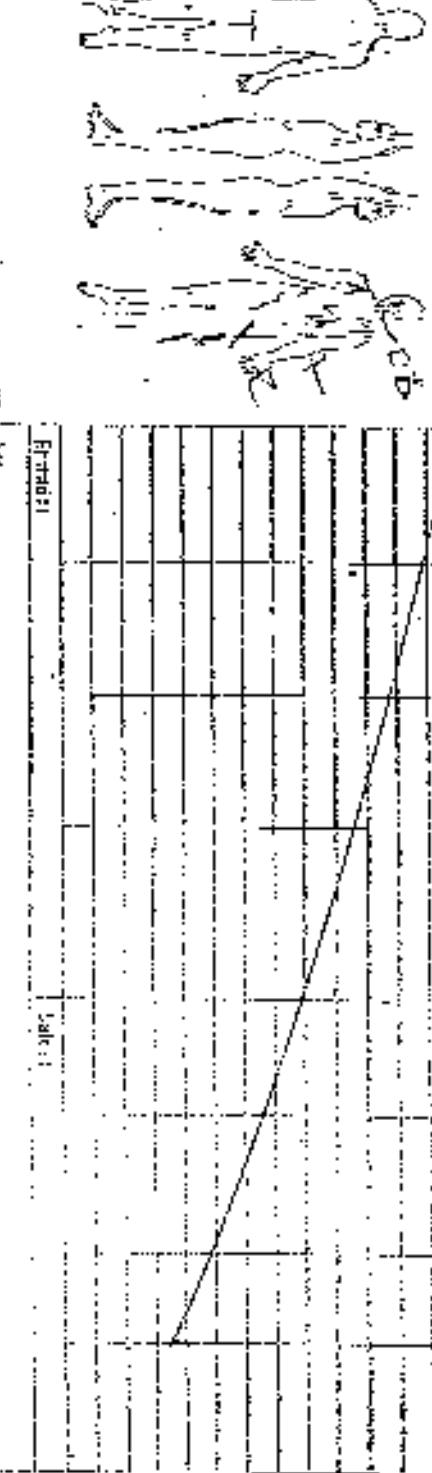
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA LÍTRE	MATERIAL MEDICAMENTOS
	Salvador	SUB-TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA
		TAXA DE ANESTESIA
		SOMA
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE



**NAME:** Wendy Shaefer

SAH - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE REPERMAGENS

Alto Núpcias:	Quitos	Portugues	1. Espirit.
Je. si I. che n. as. sien	P. de ce. ríspetas. referendos.	Arbitrio pre. piso	2. Espirit.
Je. ab. i. trechos	I. co. de certidões. factos. fact.	Não	
lar. co. i. co. Tp. s.	S. d. r. t. p. s.	1. S. M.	
ve. al. o. l. G. e. m.	P. _____ b. m.	2. D. R. M.	
l. a. m. d. i. v. e. m. l. o.	R. _____ C. M.	3. D. C. L.	
l. a. m. d. i. v. e. m. l. o.	I. J. P. S. R. B.	4. A. R. S. P.	
		V. E. S. Q.	
			5. S. C.



UNIDADE / SETOR:

NOME DO PACIENTE:

PROMOTORAS NOBREZINHAS

DATA / HORA:

PROTEÇÃO:

QUARTO: 100

Nº DA URGÊNCIA:

FOL

RELATÓRIO DE OBSERVAÇÕES:

HORÁRIO:

OBSERVAÇÃO:

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

06.00

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SÉRVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

F-01  
HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Vilma Mendes		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	Milho e leite	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2	NEGA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIPTA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF 0,9% 500ml 1X/dia	5V D	
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H	08	
4	TRIATIL 20mg 12/12hs	18:00/06	
5	OPIRIONA 2ML EV 8/8 CAN	08:20	
6	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 400(2:5%) VO DE 8/8 H DOR INTENSA	5V	
7	PLASIL 10 mg EV 8/Bh (S/N)	18:00/06	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	5V	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	14:30/06	
10	SSV/V + CCGG 8/6 II	5V	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG	Relaxar	
14	CURATIVO DIARIO	Alenstar	
15	Gantelaxicida 240ml (2L) 1x/dia abla	Relevo	
16	Urticaria 200ml (2L) 1x/dia abla	18	
17	Glucosidase 40.000 (2L) 1x/dia abla	18:00/06	
18	Glucosidase 40.000 (2L) 1x/dia abla	18:00/06	
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; ≥ 400: 10 U E/OU GLICOSE ≤ 70 DM/L GLICOSE 50% 48ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
EVOLUÇÃO MÉDICA:			
No bloco para programação cirúrgica			

SINAIS VITAIS	T	P	A	E
6 H	36,6°C	47	100/68	ER
12 H	36	83	175 X 79	
18 H/25h	36,7	82 bpm	100X45 mmHg	204cm
24 H	36,8°C	69	115/73	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Mh patient foi higiениizado  
fricando juntando a ferida

Já é feita a limpeza  
tanto no entrojunto  
quanto na ferida

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AVIÃO/EIF**

Nome:	Data: 10/09/07	Enfermeiro:	Assistente:
Nome Completo:	Edson Marques	Sexo:	<b>F-01</b>
Endereço:	Residencial	Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Avançado:	Ribeirão das Neves		
Avançamento da Procedura:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Fálico <input type="checkbox"/> Fimbrado <input type="checkbox"/> Gastro e - endoscópico <input type="checkbox"/> Gastro e - peritoneal	
Alívio:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (s):	
Necessidade de Intubação:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (s):	
Exato acompanhante:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (s):	
Mobilização:	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem mobilização <input type="checkbox"/> Aramado <input type="checkbox"/> Síntese de rodas <input type="checkbox"/> Frata <input type="checkbox"/> Comprimento/cabuleante		

SISTEMA NEUROLOGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR			
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Normotônico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Tônico	<input type="checkbox"/> Somnolento	<input type="checkbox"/> Atonia	<input type="checkbox"/> Hipotônico	<input type="checkbox"/> Hipertônico
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Engraça estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Pálido Cheio	<input type="checkbox"/> Eritemato	<input type="checkbox"/> Anémico
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Dilatada	<input type="checkbox"/> Midriásica	<input type="checkbox"/> V.O. <input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNG/SOC <input type="checkbox"/> GIT <input type="checkbox"/> INR		
<input type="checkbox"/> Isocártica	<input type="checkbox"/> Antescleral	Aceleração da bala: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Celulosemias		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Excreções: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Absente			
<input type="checkbox"/> Axilar	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena		
<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Próxia	<input type="checkbox"/> Noite: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Absente		
<input type="checkbox"/> Hipertermia					
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL			
<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Normoneuropatia <input type="checkbox"/> Distendida	<input type="checkbox"/> Glándulas <input type="checkbox"/> Rárdio		
<input type="checkbox"/> Macronutrida	<input type="checkbox"/> Hiponutrida	<input type="checkbox"/> Acítico <input type="checkbox"/> Macroura <input type="checkbox"/> Amyloplasia	<input type="checkbox"/> Rúcula Hidratada: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Absente		
<input type="checkbox"/> Aniléica	<input type="checkbox"/> Intética	<input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Visceromegalia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> TG: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<input type="checkbox"/> Achastática	<input type="checkbox"/> Edema Local				
Outras paroxismos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					
Refluxo:					
Coletivo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	PO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Urinop		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Disponível	<input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia		
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____ Data: _____	Intercorr. _____		
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Local: _____ Coletivo realizado: _____	Trocar: _____		
Sinal de infecção no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				
Drainagem: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GT	<input type="checkbox"/> Evacuam <input type="checkbox"/> Celulosemias	<input type="checkbox"/> Sintomas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Drenos: _____		Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____		
Cateteres Vestíveis: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Data da instalação: _____	Intercorr. At: _____		
Órteses: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		Tipo: _____	Local: _____		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Deglutição	<input type="checkbox"/> Risco de aspiração respiratória/infecção	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Dificuldade autocuidar para alimentação	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de alteração respiratória	<input type="checkbox"/> Dificuldade autocuidar para banho/bijuteria	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignitaria humana comprometida	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Órteses ferrosas/dispositivos disfágicos	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Diurese	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Incontinência fecal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de brucocausalgia	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Confusão prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	F. Cunha L. op 51111		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	ANOXI-CLIVS	HAS	NEGA
IDADE		BRITO	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP: SF 0,8% 500ml 1X/dia	SM	
3	CEFALOTINA 1g EV 6/6H	08'	
4	TILATIL 20mg 12/12hs	SSVZ	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	02	
6	INAMAT 100MG + SF 0,8% 100ml EV OU 01cp(20g) VO DE BOM SE DOR INTENSA	SAU	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)	SAU	
8	IRANI RIDINA 50MG EV 8/8HS	06	
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	06	
10	SSVZ + COGG 6/6 H	SAU	
12	CAPTOPIR 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	DT - Kolima	
14	CURATIVO DIARIO		
15	<i>CEFAZALOTINA 300mg AV extenso</i>	16:	
16	<i>METILOQUIDA-200G 100ML AV 100ML</i>	16:	
17	<i>CLOXANE 40-50 mg AV TOT. A</i>	16:	
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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

No bloco para programação cirúrgica

Dr. Murilo J. Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRR: 12181RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T	Assistente: S. Gólio Tec. Enfermeiro: MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
6 H	130/80	93	20	36	
12 H	140/80	83	20	36 P	
18 H	130/70	68	-	35-7	
24 H	120/70	75	20	36,3	

01

Bloco:	Data:	Enfermeiro:	Leito:
Nome Completo: <input checked="" type="checkbox"/> Cláudia Sávane de Leão		Jane	Sexta <input checked="" type="checkbox"/> F 1 PM
Endereço:			
Identificação no Preatório: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Rúbrica Diagnóstica:	
Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Pronto: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Recurso extrínseco <input type="checkbox"/> Ambiente perigoso	
Alérgico de Interesse? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Qual isto: <input checked="" type="checkbox"/> Alérgico alérgico	
Possui antenatal: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Orientações:	
Hospitalização: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Sem ambulatório		Automedida: <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fixa <input type="checkbox"/> Charnelha/carrinho	
SISTEMA NERVOUSSELOIDICO:			
<input checked="" type="checkbox"/> Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado		<input checked="" type="checkbox"/> Percepção: <input checked="" type="checkbox"/> Normális <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Audição: <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		<input checked="" type="checkbox"/> Histeria: <input type="checkbox"/> Histeria <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Arritmia	
<input checked="" type="checkbox"/> Função vegetativa: <input checked="" type="checkbox"/> Mictóicas <input type="checkbox"/> Mictálitas <input type="checkbox"/> Não responde		<input checked="" type="checkbox"/> Hidratação: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Anormal	
<input type="checkbox"/> Diarreias: <input type="checkbox"/> Antidiarréicas <input type="checkbox"/> Antidiarreicas		<input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
<input checked="" type="checkbox"/> Regulação térmica: <input type="checkbox"/> Diplopia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Frio		<input checked="" type="checkbox"/> Colostomia: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<input checked="" type="checkbox"/> Arreflexia: <input type="checkbox"/> Hiperreflexia		<input type="checkbox"/> Flacidez: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Tremor: <input type="checkbox"/> Febre			
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratação: <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Hidratada		SISTEMA CARDIOVASCULAR:	
<input type="checkbox"/> Normotensione: <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão		<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia: <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Tachicardia <input type="checkbox"/> Tachycardia	
<input type="checkbox"/> Anorexia: <input type="checkbox"/> Hiperfagia <input type="checkbox"/> Hipofagia		<input checked="" type="checkbox"/> Arritmia: <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão	
<input type="checkbox"/> Adipsia: <input type="checkbox"/> Edema local: <input type="checkbox"/> Edema generalizado		<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Edema por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Vasoconstritor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
Região: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Dilatação: <input type="checkbox"/> Dilatação <input type="checkbox"/> Ausente	
Curativo realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Distensão: <input type="checkbox"/> Distensão <input type="checkbox"/> Ausente	
<input checked="" type="checkbox"/> Empuxo: <input type="checkbox"/> Basculante <input type="checkbox"/> Fixo		<input checked="" type="checkbox"/> Edema: <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Oftalmoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Turgor: <input type="checkbox"/> Turgor <input type="checkbox"/> Ausente	
		<input checked="" type="checkbox"/> Edema: <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Ausente	
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL:	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> VO: <input type="checkbox"/> Solícito <input type="checkbox"/> Ausente	
Sinais de Infecção no sítio de punção:		<input checked="" type="checkbox"/> Feces: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
Febre: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ISNG		<input checked="" type="checkbox"/> Feces: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
Palpore: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Feces: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Feces: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
Proteses: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Feces: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
		<input checked="" type="checkbox"/> Feces: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTeses/PROTESes:			
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: <input type="checkbox"/> MDP	Data: <input type="checkbox"/> 00/00	
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: <input type="checkbox"/> 15.00
Sinais de Infecção no sítio de punção:			Trocár em: _____
Febre: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> ISNG	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> ISNG <input type="checkbox"/> ISRH <input type="checkbox"/> ISDE <input type="checkbox"/> IGT	<input type="checkbox"/> Fiebre: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente
Palpore: _____		Aspecto da secreção: _____	<input type="checkbox"/> Sfônogram
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Data de instalação: _____	Quando: _____
Proteses: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			Trocar dia: _____
			Trocar dia: _____
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:			
<input type="checkbox"/> Respiratória: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório: <input type="checkbox"/> Ineficaz	
<input type="checkbox"/> Risco de náusea desequilíbrio		<input type="checkbox"/> Difícil de autocuidado para alimentação	
<input type="checkbox"/> Risco de glaucoma: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Deficiência na autonomia para banho/higiene	
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos		<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo		<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente		<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	
<input type="checkbox"/> Exaustão urinária prejudicada		<input type="checkbox"/> Professões familiares: <input type="checkbox"/> Família intacta <input type="checkbox"/> Família disfuncional	
<input type="checkbox"/> Risco de constipação		<input type="checkbox"/> Risco de quedas	
<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal		<input type="checkbox"/> Dor aguda	
<input type="checkbox"/> Paroxismo de sono prejudicado		<input type="checkbox"/> Dor crônica	
<input type="checkbox"/> Mobilitade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Náusea	
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada		<input type="checkbox"/> Risco de hirsutismo	
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada		<input type="checkbox"/> Risco de infecção	
<input type="checkbox"/> Conforto prejudicado		<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	

Paciente: Yuriimara Senna dos Santos

DATA: <u>12.09.18</u>		Localização / Região: <u>MLE</u>	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa crônica <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:			
Laminação da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm
Profundidade _____ cm				
Aparência do Unus:	<input type="checkbox"/> Urticária da granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido urticálico <input type="checkbox"/> Seca, secura <input type="checkbox"/> úmida, poeira <input type="checkbox"/> Úmido, moderado <input type="checkbox"/> Molhado, abundante			
Consistência do Exsudato:	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Serosanguíneo
Odores:	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> evidente na remoção da coberteria <input type="checkbox"/> à beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor			
Condição da pele:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outros _____			
Profissional:				
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Solu Fiehnfolgo 0,9% <input type="checkbox"/> Clorazolina 4%	<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Solu Fiehnfolgo 0,9% <input type="checkbox"/> Clorazolina 4%	<input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Cortado direto da ferida)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE	<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima Troca:	<u>14.09.18</u>			
Em caso de f. de 24h:				
Assin. e ass.	<u>Julia de Ribeiro N. Viana</u>	<u>Auxiliar de Enfermagem</u>	<u>Ass. Alves Andrade</u>	<u>Técnico de Enfermagem</u>
Assin. e Assinatura do Enfermeiro:	<u>Julia de Ribeiro N. Viana</u>			
OBS:				
OBS:				



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



**PREScrição MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DTH	DN	
PACIENTE	Flávia L da Silva			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	Salicálico	HAS	NEGA	
IDADE		LEITO	DATA	
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETIA ORAL LIVRE			14:00
2	AVP: SF 0,8% 500ml 1X/dia			14:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			14:00 - 21:00
4	TIE ATIL 20mg 12/12hs			14:00 - 21:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6H			14:00 - 21:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ml EV OU 21cc(25gls) VO DE 0/6 SE DOR INTENSA			14:00 - 21:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			14:00 - 21:00
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS			14:00 - 21:00
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			14:00 - 21:00
10	SSVV + COGG 6/6 H			14:00 - 21:00
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG			14:00 - 21:00
14	CURATIVO DIARIO			14:00 - 21:00
15	Gelante para 640 juz (60) 1x dia			14:00 - 21:00
16	Mantenha alta gal 160 juz (60) dia			14:00 - 21:00
17	Mantenha alta gal 160 juz (60) dia			14:00 - 21:00
18				14:00 - 21:00
19				14:00 - 21:00
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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			14:00 - 21:00

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

mag jatáico mag estéril flávia  
 Belote alergia a amoxicilina.

14:25  
 PA: 122 x 82  
 PC - 68  
 FC - 39  
 T.c. 36,2°C

Venzo P. A. Bellato  
 Tel. Extensão  
 1234-5678

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
	RR 16 - O2 96% 60	RR 16 - O2 96% 68	RR 16 - O2 96% 70	RR 16 - O2 96% 70
	134x93	68	76,2	76,2
	100x93	70	76°C	76°C

Regurgitado  
 para leito  
 PSLA 104-3 11:15  
 Regurgitado leito

MEDICO RESIDENTE EM  
 ORTOPEDIA E  
 TRAUMATOLOGIA

Dr. Fabio Carvalho

Flávia L da Silva  
 (m. 14-09)

**SISTEMATIZAÇÃO DA AÇÃO FÍNICA DE ENFERMAGEM – BLOCO DE AVISOS**

Bloco:	F	Data:	13/09/16	Enfermeiro:	CJ	Setor:	
Nome Completo:	Giovanna L. da S. Soárez			Idade:	16	Sexo:	(X) F ( ) M
Pruedente:				Impressa Digitalizada:	Digital		
Identificação do paciente:	( ) Sim	( ) Não	Identidade:	( ) Consciente	( ) Sem consciente	( ) Sócio - perigoso	
Alergia:	( ) Sim	( ) Não	Qual:	Cefalgie			
Necessidade de intubação?	( ) Sim	(X) Não	Qual idades:				
Mais de acompanhante:	( ) Sim	( ) Não	Onde:				
Neurologia:	( ) Normal	( ) Anamnese	( ) Acidente	( ) Necess	( ) Comprometido/comunicante		

<b>SISTEMA NEUROLOGICO</b>			<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	( ) Orientado	( ) Desorientado	( ) Normocárdico	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico	
( ) Sedado	( ) Tonto	( ) Confuso	( ) Hipotônico	( ) Hipertônico	( ) Hipertônico	
( ) Atônico	( ) Reage a estímulos	( ) Entregue	( ) Pulo Cheio	( ) Clorume	( ) Amfônico	
<b>PUPILAS</b>			<b>AUMENTAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>			
( ) Focos reagentes	( ) Mídiares	( ) Simétricas	( ) >400 ( ) SNG/SOG	( ) SNP/STF	( ) Vomit	
(X) Isocânicas	( ) Antisimétricas	( ) Não reagentes	Acumulação de fezes: ( ) Sim	( ) Náusea	( ) Vomito	
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>			Excreção: ( ) Presente	( ) Ausente	( ) Colostomia	
(X) Frio	( ) Hipotérmica	( ) Hipertérmica	( ) Normal	( ) Diarreia	( ) Constipação	
( ) Frio	( ) Frio	( ) Frio	( ) >40% Presente	( ) Ausente	( ) Malária	
( ) Hiperventilação				<b>RECIBAÇAO ABDOMINAL</b>		
( ) Hipertermia	( ) Hipotermia	( ) Ressecada	( ) Normocárdico	( ) Distendida	( ) Glauco	( ) Bárulo
( ) Normocorrada	( ) Hipotermia	( ) Hipertermia	( ) Arterio	( ) Macrura	( ) Hiperárdica	
( ) Anorexia	( ) Náusea	( ) Cianótica	Exames Básicos:	( ) Presente	( ) Ausente	
( ) Adenite	( ) Edema laríngeo		Varicosemegaliam:	( ) Sim	( ) Não	
Obra por prestar:	( ) Sim	( ) Não				
Relaxo:				<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		
Curativo realizado: ( ) Sim	( ) Não	FD: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Espontânea	( ) SVU	( ) Andar	( ) Oligúria
(X) Eufnéxico	( ) Bradigênesia	( ) Taquipneia	( ) Polidipsia	( ) Disúria	( ) Cetostomia	( ) Hiperuricemia
Oxigenoterapia	( ) Sim	( ) Não	Quais:			
<b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>						
(X) Eufnéxico	( ) Bradigênesia	( ) Taquipneia	( ) Dispnéia	( ) Arrepiamento	( ) Traspaçoturnas	
Oxigenoterapia	( ) Sim	( ) Não	Quais:			

<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSES E PRÓTESES</b>						
Cateter Periférico:	( ) Sim	( ) Não	Local:	14/09/16	Data:	14/09/16
Cateter Central:	( ) Sim	(X) Não	Local:		Curativo realizado:	
Sinais de infecção no alto da punção:			( ) Sim	( ) Não		
Sonofase:	( ) Sim	(X) Não	( ) SNG	( ) SNC	( ) SOF	( ) GI
Curativo:					( ) Toxigen	( ) Sifunigem
Curativo Vascular:					Agente da anticepção:	
Proteses:					Quantidade:	
					Data da instalação:	
					Local:	
					Tipo:	

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>		
( ) Regurgitação	( ) Problema respiratório inferior	
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Déficit no autocuidado para alimentação	
( ) Risco de infecção bacteriana	( ) Déficit na autocuidado para banho/higiene	
( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	( ) Comunicativo deficitário	
( ) Volume de líquidos excretados	( ) Comunicação verbal prejudicada	
( ) Volume de líquidos deficitários	( ) Risco de dignidade humana comprometida	
( ) Eliminação urinária prejudicada	( ) Problemas familiares/melhorias	
( ) Risco de constipação	( ) Risco de quedas	
( ) Diarréia	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
( ) Incontinência intestinal	( ) Dor aguda	
( ) Padre de sono prejudicado	( ) Dor crônica	
( ) Multidão de riscos prejudicais	( ) Náusea	
( ) Intolerância da pele prejudicada	( ) Risco de broncoscopia	
( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Risco de infecção	
( ) Conforto prejudicado	( ) Ventilação espiritualmente prejudicada	

Name: Jessimaria Serratos de Silva



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA			
AGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	DM2
IDADE		LEITO	104-1
ITEM		PREScriÇÃO	
1		DIETA ORAL LIVRE	
2		SF 0,9% 500ML EV S/N	
4		TFNOXICAM 40 MG IV, 1X/01A S/N	
7		ME1OCLOPRAMIADA 10MG EV 8/9H S/N	
9		DIPIRONA 500MG 2ML EV DL 6/6II	
10		TRAMAL 100MG + SG 0,9% 100ML EV DE 8/8II SE DOR INTENSA	
11		CAPTOPRI 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12		ISSWV + COGG 6/6 H	
13		CURATIVO DIÁRIO	
14		GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)	
15		METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HR	
16		OLEXANE 40 MG SC 1X DM	
17			
18			
19			
20			
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REQUISITAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSU- 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONIS/A			

**Evolução médica:**

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,  
 ATIVO, PAFATIVO, CONTACTUANTE  
 EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
 ANICLÍNUCO, AFEBRIL, FUPNEICO,  
 NORMOCRÔNICO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

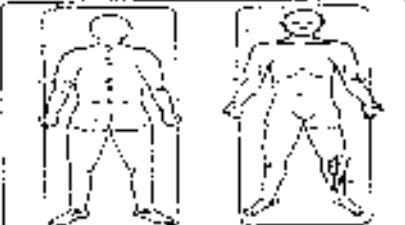
CONDUTA: MANTIDA

Anexo à evolução de CRURGIA					
SINAIS VITAS		PREVISÃO DE AFTA		SINUS RKLV	
6 H	PA	FC	SÃO	FR	
12 H	125x96	75	17	35,82	
18 H	89x63	80	19	36,21	
24 H	106x57	71			

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

Realizado exame gástrico 11/09, com resultado normal.  
 Paciente medicado com: Glicose 1000mg/dia, Técnica de  
 melhora não desejada. Desfechado: 00:00.

Nome: Guilherme Souza

DATA: <u>12/09/18</u>	Localização / Região: <u>Abdômen</u> 	DATA:	Localização / Região:
<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II
<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II	<input type="checkbox"/> GRAU - I	<input type="checkbox"/> GRAU - II
<b>Etiologia:</b> <u>Obesidade - I e II - Váriose arterial - Diabéticos</u> <u>Neuropática e cirúrgica e Trauma, outras</u>		<b>Próstata - II - III - IV e Váriose arterial - Diabéticos</b> <u>Neuropática e cirúrgica e Trauma, outras</u>	
<b>Tamanho da Bexiga:</b> <u>Comprimento: cm Largura: cm</u> <u>Profundidade: cm</u>		<b>Comprimento: cm Largura: cm</b> <u>Profundidade: cm</u>	
<b>Ambiente do Leito:</b> <u>✓ Tácito e granuloso - com edema</u> <u>✓ Fértil necrótico</u>		<u>✓ Tácito e granuloso - com edema</u> <u>✓ Escaro</u>	
<b>Quantidade da Escória:</b> <u>✓ Seco, mínimo - com edema, prático</u> <u>✓ Árido, moderado - com edema, abundante</u>		<u>✓ Seco, mínimo - com edema, prático</u> <u>✓ Úmido, macerado - com edema, abundante</u>	
<b>Tipo de Escória:</b> <u>✓ Seco</u> <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sangüíneo <u>✓ Úmido</u> <input type="checkbox"/> Serosanguíneo		<u>✓ Seco</u> <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sangüíneo <u>✓ Fluido</u> <input type="checkbox"/> Serosanguíneo	
<b>Odo:</b> <u>✓ Nenhum</u> <input type="checkbox"/> Ñão		<u>✓ Nenhum na tentação da cobertura</u> <input type="checkbox"/> a bolha do leito <u>✓ evidente ao entrar no quarto</u> <input type="checkbox"/> Sem odo	
<b>Cor/Clareza da secreção profissional:</b> <u>✓ Normal</u> <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca ou Enxama / Rútor <u>✓ Prurido</u> <input type="checkbox"/> Outros		<u>✓ Normal</u> <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> Seca ou Enxama / Rútor <u>✓ Prurido</u> <input type="checkbox"/> Outros	
<b>Solução para limpeza:</b> <u>✓ Soro Fisiológico 0,9%</u> <input type="checkbox"/> Clorhexidina 0,5% <u>✓ Clorhexidina 4%</u> <input type="checkbox"/> Outra: _____		<u>✓ Soro Fisiológico 0,9%</u> <input type="checkbox"/> Clorhexidina 1% <u>✓ Clorhexidina 4%</u> <input type="checkbox"/> Outra: _____	
<b>Cobertura primária (Colírio direto na lesão)</b> <u>✓ Olho</u> <u>✓ Fibrose</u> <u>✓ AGE</u>		<u>✓ Colagenase</u> <u>✓ Sulfato de Prata</u> <u>✓ Outro: _____</u>	
<b>Hora do extrato:</b> <u>✓ da Próxima troca</u> <u>Em caso de h. de 24hs</u>		<u>✓ Manhã</u> <input type="checkbox"/> Tarde <u>Guilherme</u>	
<b>Carimbo e assin.</b> <u>Téc. em Enfermagem</u>		<u>D2 -</u> <u>Maria da Silva Moraes</u> <u>Técnica em Enfermagem</u>	
<b>Carimbo e Assinatura</b> <u>do Enfermeiro</u>		<u>OCREN-SP 455.1.177</u> <u>OCREN-SP 644.072</u>	
OBS:		OBS:	
<p>Obs: O numero no identificado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Contraf, Sistema Programa. Os preenchidos com 00 que possa faltas, saídas devem ser evitadas sempre que possível.</p>			



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA

AGNÓSTICO

ALÉRGIAS

IDADE

HAS

DMG

ITEM

LEITO

194-1

DATA

15/09/2016

PREScrição

HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

Suj

2 SP 1,9% 600ML FV S/N

3 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N

Suj

4 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

Suj

5 DIPIRONA 500MG 2ML EV DF 8/8H

Suj

6 TRAMAL 100MG - SF 0,3% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

Suj

7 CAPTOPIRII 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

Suj

8 ISSVV + COCG 6/6 H

Suj

9 CURATIVO DIÁRIO

Suj

10 GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)

Suj

11 METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H

Suj

12 CLFX/VNF 40 MG SC 1X DIA

Suj

13

Suj

14

Suj

15

Suj

16

Suj

17

Suj

18

Suj

19

Suj

20

Suj

SE DIABÉTICO CORRÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
 CONFORME ESQUEMA: 200 250 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U,  
 351-400: 8U; 2 400: 10 U E OU GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSF  
 60% 40 ML FV - AVISAR PLANTONISTA

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEFENDIDO NO LEITO,  
 VIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO,  
 ANICTÉRICO, AFEBRIL, SUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDICIA: MANTIDA

Pleorragia elevada. Presente

reconhecida no dia 10, já se compõem han-  
 drina intramuscular em 1000mg, de  
 infecção, exente de febre, però se alta

de farmácia não dispensou. 18:03 realizo

troca de PV P, julco n° 22 em M&D. Tabela:

OBG Quero que este horário nem escalar

SINTOMAS/METABOLICO:

APLICACAO ALTA SEM PREVISAO

12 H 1000ML 74

18 H 1000ML 76

24 H 1000ML 76

06 H 1000ML 75

18:25h. Administração i.dum "9" tramal, queixa-se

de dor intensa regula

Gelétrica da C. Lâmpa

Tabela de Enfermagem

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

02/09/2016

Nome: Juinara Serrão da Silva

DATA: 15/09/18

 GRAU - I

 GRAU - II

Etiologia:

Comentário da Ferida:

Aparência do Leito:

Facilidade de Exsudato:

Tipo de exsudato:

Dor:

Odor:

Coação da pele:

Permeabilidade:

Solução para limpeza:

 Cobertura primária:  
 (Cobrirá diretamente o leito)

Mtodo curativo:

 Data da Próxima troca:  
 Em caso de f. de 24hs

 Cartão e ass.  
 Téc. em Enfermagem

 Comitê e Assinatura  
 do Enfermeiro

OBS:

Localização / Região: M.P.C

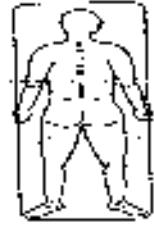


DATA: 15/09

 GRAU - I

 GRAU - II

Localização / Região: R. I.


 Pressão I - II - III - IV: Venosa e arterial: Diabética

 Neuropatia/fibrose: Trauma ou outras:

 Componente:  Cetina:  Cetina:  Cetina:

Problema(s) da ferida:

 Tecido de granulação:  cravo estéril

 Tecido necrótico

 seco, mofado, vermelho, pouco

 úmido, moderado: amarelo, amendoado

 Seco:  Fibroso:  Sangüíneo

 Fluente:  Serosanguíneo

 Ácido:  Néutro

 evidente na retenção da cobertura:  a beira do leito

 evidente ao entrar no quarto:  Sem odor

 Normal:  Macerada:  seca:  Edema / Rubor

 Pútrida:  Outras:

 Soro Fisiológico 0,9%:  Clorexidina 3%

 Clorexidina 4%:  Outros:

 Gaze

 Fibrinase

 AGE

 Colagenase

 Sulfadiazina de Prata

 Outro:

 Soro Fisiológico 0,9%:  Clorexidina 3%

 Clorexidina 4%:  Outros:

 Gaze:  Colagenase

 Fibrinase:  Sulfadiazina de Prata

 AGE:  Outro:

 Manhã:  Tarde:

 Manhã:  Tarde:

10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

01-10/09/18

02-10/09/18

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



DATA DE ADMISSÃO	DH	DN	
PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA			
AGNÓSTICO			
ALÉRGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	104-1	
ITÉM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIFTA 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.V
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		S.V
8	DIPIRONA 500MG 2MT FV DE 8/8H		18 21. 26. 01.
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOK INTENSA		S.V
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG		Amanhã
11	SSVV + DCGG 6/6 H		R.D. 10am
12	CURATIVO DIÁRIO		A.O curativo
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)		17
14	METRONIDAZOL 500MG EV 8/8HR		08
15	CLEX-ANF. 40 MG SC 1X DIA		16
16			
17			
18			
19			
20			
<u>ST. DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</u> <u>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</u> <u>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSF</u> <u>60% 40 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA</u>			
<b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>			
■ ENCONTRO PACIENTE DELÍTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE. <u>■ EXAME FÍSICO:</u> B&G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AII BRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.			
<u>■ SOLICITADO:</u> <u>■ CONDUITA:</u> MANTIDA			
<b>PROGRESSO DE CIRURGIA</b> DATA: 10/09/2010 HORA: 10:00 HORAS		MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM: 12.000-III	
12H	P.A.	FC.	FR
18H	100x66	Q.S.	35-3
22H	100x66	Q.S.	39-6

Morte - Pausa de estavel pt. m. c. m. 18/09/10  
6:00 Intocada AVP.

Ward Manager (Assistente)  
Assistente de Enfermagem  
15/09/2010

Nome: <i>Maimara Sêncio da Silva</i>			
DATa: <i>16/09</i>	Localização / Região: <i>HDC</i>	DATa: <i>16/09</i>	Localização / Região: <i>HDC</i>
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Cliniogia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vencida <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> traumática <input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> Trauma retraçado	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Vencida <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> traumática <input type="checkbox"/> infarto <input checked="" type="checkbox"/> Trauma retraçado	
Comprimento da Ferida:	Comprimento _____ cm <input type="checkbox"/> Turgor: _____ cm	Comprimento _____ cm <input type="checkbox"/> Turgor: _____ cm	
Profundidade	Profundidade _____ cm	Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecto de granulação <input type="checkbox"/> com escavação <input type="checkbox"/> Tecto necrótico	<input type="checkbox"/> Tecto de granulação <input type="checkbox"/> com escavação <input type="checkbox"/> Tecto necrótico	
Quantidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mítérico <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mítérico <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"/> Sangue misturado <input type="checkbox"/> Fumacê <input type="checkbox"/> Semessangüíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sangue misturado <input type="checkbox"/> Fumacê <input type="checkbox"/> Semessangüíneo	
Cor:	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Névoa	<input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Escuro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Névoa	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evanescente 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"/> evanescente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
Perturbadoras:	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza:	<input type="checkbox"/> Gásico Patológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Cloredicina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gásico Patológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Cloredicina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (contato direto com lesão)	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	<i>Dia 21</i>		
Em caso de + dc. 24hs			
Carimbos e assinatura Téc. em Enfermagem	<i>Apolinário Ribeiro Tec. em Enfermagem COREN-PR 415273</i>	02- <i>Renata Sá de Oliveira Rodrigues Tec. em Enfermagem COREN-PR 415273</i>	02- <i>Renata Sá de Oliveira Rodrigues Tec. em Enfermagem COREN-PR 415273</i>
Carimbos e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			
OBS:			

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

DATA DE ADMISSÃO DIA: DN:

PACIENTE JUCIMARA SERRAO DA SILVA

AGNÓSTICO:

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DILTIAZEM 120MG VO/RL	S/NO
2	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	FENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA S/N	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG 2XDI, EV DF 6/6H	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV, 2X 8/8H SE DOOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVW - CCCS 6/6 H	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13	CETAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (INÍCIO 11/09)	
14	METRONIDAZOL 600MG EV 1X/8HR	
15	OLEXANE 40 MG SC 1X DIA	
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORRIGIR COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESCALADA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DMGL, GLICOSF  
60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DEFENDIDO NO LEITO,  
ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,  
ANICRÉTICO, AHEBRIL, TUPNEICO,  
NORMOCORÁDICO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

SINTOMAS/EXAMES DA CIRIGIA				MÉDICO DE REFERÊNCIA DE ORTOPEDIA
3 PREVISÃO DE MELHORIA	PA	PC	FR	ETIOTRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR 20119488
0 H	exato	62	70	
12 H				
18 H				
24 H				

10/09/2018 paciente com dor no joelho direito envolvendo o joelho e perna direita, de origem aguda, com intensidade 8/10, e dor permanente, sem melhora, com dor ao peso corporal, sem melhora com descanso, sem melhora com elevação da perna, sem melhora com gelo, sem melhora com anti-inflamatórios.

Nome: <u>Jucineara Serrão da Silva</u>		304.1	
DATA: <u>17/09/16</u>		Localização / Região: <u>MIC</u>	
II GRAU - I		II GRAU - I	
II GRAU - II		II GRAU - II	
Biólogia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Urticária / Adensada <input type="checkbox"/> Neuropática / Ganglionica <input type="checkbox"/> Trauma / contusão	<input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Ganglionica / Trauma / contusão	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV Urticária / Adensada <input type="checkbox"/> Neuropática / Ganglionica <input type="checkbox"/> Trauma / contusão
Tamanho da Ferida:	<input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Largura: _____ cm <input type="checkbox"/> Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Largura: _____ cm <input type="checkbox"/> Profundidade: _____ cm	<input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Largura: _____ cm <input type="checkbox"/> Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Seco / brilhante <input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Seco / brilhante <input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Seco / brilhante <input type="checkbox"/> Desidratado
Consistência do Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fibinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sem sangue
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Sanguíneo <input type="checkbox"/> Fibinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sem sangue	<input type="checkbox"/> Sanguíneo <input type="checkbox"/> Fibinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sem sangue	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Fibinoso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Sem sangue
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odores:	<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"/> forte 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"/> forte 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"/> forte odor
Consistência da pele / Perda cutânea:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Edema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras
Solução p/ o aperto:	<input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Ovídeo	<input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Ovídeo	<input type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 4% <input type="checkbox"/> Ovídeo
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Flúorbase <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"/> Flúorbase <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"/> Flúorbase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>16/09/16</u>		
Em caso de +, qd:			
Contato e ass. em Enfermagem:	01-00000 - 965 252 TE	02-	01-
Cartório e Assinatura do Enfermeiro:	<u>Vinícius</u> <u>Lineu 939.624</u>		
OBS:			
Este documento é de propriedade da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cuernavaca, Subsídios à agências. Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evitadas simultaneamente.			



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Fernando Alves da Silva, 32 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 1 11 199, COM  
DIAGNÓSTICO DE infarto do miocárdio.

NO DIA 20/03/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
SENDO OPERADO PELO DR. EDUARDO VIEIRA

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 14/07/15 AS 11:20h EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO FIA

DR. José Luiz, 18/09/2010, AS APENAS SISTEMOS - DIPAT, COM 0  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

## ORIENTAÇÕES GERAIS

APENAS ESTUDOS - IMPACTO  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

- GENTE SEGURADORA SA**  
A Seguradora SA - Seguro de Vida e Previdência

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

PACIENTE RECEBERÁ TA HOSPITALAR SOR ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA

MÉDICAL



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIARESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Glaucione Alves da Neiva, 32 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 15/09/13 COM  
DIAGNÓSTICO DE Síndrome parcial do tendão patela

NO DIA, 16/09/13, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Ressecção da lesão parcial do tendão patela SENDO  
OPERADO PELO DR. Paulo Jeferson E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/09/13, AS 15:00h, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 17/10/13, AS 14:00h,  
DR. Paulo Jeferson

ÁREA DE REGISTRO-DR/PA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2014

ORIENTAÇÕES GERAIS:GENTE SEGURADORA SIA  
Dr. Odair, Dr. Henrique, Dr. Bruno, Dr. Wagner

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

SOU A VISTA, 17/10/13

MÉDICO



NOME: JUCIMARA SERRAO DA SILVA  
DATA: 05/01/2019  
IDADE: 32 ANOS  
CONVÊNIO: PARTICULAR  
MÉD. SOLICITANTE: DR. ALAN BRAGA PERFEITO

### **RELATORIO ULTRASSONOGRAFICO JOELHO ESQUERDO**

REALIZAMOS ULTRASSONOGRAFIA 3D MODO BIDIMENSIONAL, COM EQUIPAMENTO DYNAMIC 3D INPAR MULTISLICE TRONCAL 2,5 - 7,5 - 12 MHz.

TENDÃO DO QUADRICEPS DE ASPECTO ESPESSADO, MAIS ECOGENICO QUE O NORMAL. CARACTERÍSTICO DOS PROCESSOS INFLAMATÓRIO CRÔNICOS SEVEROS.

NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO E NA PORÇÃO LATERAL INTERNO E EXTERNO DA PATELA APRECIAMOS MODIFICADAS QUANTIDADES DE IMAGENS ANECOGENICAS, SEM ELEMENTOS CORPUSCULARES EM SEU INTERIOR, NÃO ENCAPSULADAS, QUE CORRESPONDAM A LÍQUIDO, SEM SUGERIR ABSCESSOS, CORRESPONDENDO A UM DERRAME EXTRA-ARTICULAR MÍNIMO.

NÃO HÁ COMPROMETIMENTO DAS ESTRUTURAS VASCULARES.

#### **LIGAMENTOS CRUZADOS:**

SEM ALTERAÇÕES DA ECOGENICIDADE DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR.

LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR DE CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS NORMAIS.

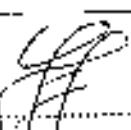
APRECIAMOS NO PERIÓSTIO DO TERÇO SUPERIOR DA TIBIA TIPO EROSÕES.

#### **LIGAMENTOS COLATERAIS**

LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL INTERNO E EXTERNO DE CARACTERÍSTICAS NORMAIS.

#### **OPINIÃO:**

- IMAGENS QUE SUGEREM TENDENITE CRÔNICA SEVERA DO TENDÃO DO QUADRICEPS DA COXA DIREITA.
- DERRAME EXTRA-ARTICULAR NA PORÇÃO ANTERIOR E LATERAL DA PATELA.

  
**GUILHERME Z. PANTOJA**

UNIVERSIDAD DE LOS ALTALES RIO GRANDE - R.R.  
MEDICO FREELANCE DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO - PROFESSOR DE ULTRASSONOGRAFIA UNIVERSITÁRIA DA ÁREA ANATOMIA  
MEDICA FREELANCE DE MEDICINA DA INSTITUIÇÃO - PROFESSOR DE ULTRASSONOGRAFIA UNIVERSITÁRIA DA ÁREA ANATOMIA  
MEDICA - BOGOTÁ - COLOMBIA. ALHEIRO DA FUNDAÇÃO PARA O AVANÇO DA MEDICINA - FAB - BOGOTÁ. COLOMBIA. MEMBRO  
TITULAR DO AMERICANO INSTITUTO DE ULTRASSONOGRAFIA - ALUM - LAUREJU, M.D. ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA  
MEMBRO TITULAR PRESIDENTE - INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA ULTRASSONOGRAFISTAS (ICOMUS) - 2008 - 2015  
- MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE COLOMBIANA DE ULTRASSONOGRAFIA MÉDICA - SOCUMB - E FEDERAÇÃO  
LATINOAMERICANA DE ULTRASSONOGRAFIA - FLADS - MEMBRO CEFULAR DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE ULTRASSONOGRAFIA  
- FISICAL SOCIO-MEMBRIO EFETIVO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRAFIA SDUS - SÃO PAULO - BRASIL. CRM  
- AM 2007.

ÁREA DE SUPORTES - DP/AT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Góes, 101 - Centro - RJ - 20040-000

AP

E



Nome do paciente: LUCIMARA GOMES DA SILVA  
Data da Nascente: 15/04/1988  
BMD - DIAGNOSTICOS

Nº de Acesso: 075365.C1 / D01B7  
Sexo: Feminino  
Data do Exame: 02/01/2015 14:08:53  
Ético (a)



**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

17 JUN 2019

**GENTE SEGURADORA S/A**  
 Av. Capitão José Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

DENILZE CORREA DANTAS



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/RU  
3142655 SSP RR

CPF  
792.657.152-00

DATA NASCIMENTO  
08/03/1979

FILIAÇÃO

JOSE DE SOUZA CORREA

EVANGELINA LOBATO DA  
SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

B

Nº REGISTRO

04953412311

VALIDADE

20/08/2019

1ª HABILITAÇÃO

31/05/2010

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

905314502

OBSERVAÇÕES

*Denilze Correa Dantas*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

25/08/2014

59564648026  
RR207683212

Denilze Correa Santos  
Diretor - Presidente  
DETAN RR

ASSINATURA DO EMISSOR

*[Signature]*  
DETAN RR (RORAIMA)

PROIBIDO PLASTIFICAR

905314502

ÁREA DE SINISTROS - DPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 614 - Boa Vista - RR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUN 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - RR      N° 011387771986

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - COD. FENAVAN - B11159X1600  
01      00878349707

NOME/ENDERECO  
MAILSON DE LIMA LEITE  
AV CB PM JOSÉ T. A. MACE  
CARANA N° 01443  
BOA VISTA-RR 69313595

DEP. ONE - PLACA  
002.592.382-01      NAM2023

NOME ANTERIOR  
DONALDO VIEIRAS DA SILVEIRA

PLACA ANT/UF - CHASSI  
9C6KE091060009300

ESPECIE/TPO - COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.      GASOLINA

MARCA/MODELO - ANO FAB - ANO MOD  
YAMAHA/YBR 125E      2006      2006

CAP/POT/CC - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE  
2P/0124CC/      PARTICU      PRETA

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO \* PROIB SAIR AMAZ  
OCID \*

M.º Eduardo Silva de Castilho  
Dir. Presidente-Interino  
BOA VISTA-RR DETRAN-RR

DATA  
26/02/2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190385191      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUCIMARA SERRAO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
			Total	0 %

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190385191      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUCIMARA SERRAO DA SILVA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO (LESÃO PARCIAL DO TENDÃO PATELAR).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E SUTURA). P.3 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

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

---

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190385191**

**Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190385191**

**Vítima: JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JUCIMARA SERRAO DA SILVA**

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASEL:

CPF da vítima:

886.462.972-68 Juci maria serrão da silva

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Juci maria serrão da silva

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Estado:

E-mail:

Rua Carnaval s/nº

Tancredo Neves

Baixa Vista

ES:

RR

CPF: 886.462.972-68

Número: 1132 Complemento:

CEP: 69.300-000

UF (capital): (95) 94117-5392

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

DADOS CADASTRAIS

RENUO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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:

3027

CONTA: 44690

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir)

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

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

17 JUN 2019

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTROLE NÃO VERIFICADO**

**ASSINATURA DA  
SEGURO LIDER S.A.  
Código Júlio Bresser - KM-Bus Web - RIC**

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a).  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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 responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

31901385191

3 - CPF da vítima:

886.462.972-68 Juimara Sena da Silva

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Juimara Sena da Silva

6 - CPF: 886.462.972-68

Op. de caixa

Endereço: Rua Soureval Silva

9 - Número: 1132

10 - Complemento: Casa

7 - Bairro:

Janerudó Neves

12 - Cidade: Boa Vista

13 - Estado: RR

14 - CEP:

69.300.000

15 - E-mail:

liderbaovista.pendencia@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(65) 99117-5392

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 44690

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

25 JUL 2019

## 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, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo24 - Data do  
óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima

 Sim Não29 - Se tinha filhos, informar  
teve filhos? Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascituro (váinascos)? Sim Não31 - Vítima  
teve irmãos? Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar  
Vivos: Sim Não33 - 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.

35

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Boa Vista, RR 23 de julho 2019

Juimara Sena da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 00011111/1010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17 JUN 2019



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 015278/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 23/05/2019 10:02 Data/Hora Fim: 23/05/2019 10:21  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 23/05/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/09/2018 21:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Avenida Carlos Pereira de Melo

Bairro: Caraná

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

<b>Nome Civil: JUCIMARA SERRÃO DA SILVA (VITIMA , COMUNICANTE )</b>			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: AM - Manaus	Sexo: Feminino	Nasc: 16/04/1986
Profissão: Operador de Caixa			
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Linethe Laborda Serão			

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 886.462.972-68

RG - Carteira de Identidade: 18686109

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Lourival Silva

Bairro: Tancredo Neves

Nº: 1132

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

A comunicante acima qualificada, compareceu a esta especializada para informar que na data, local e hora acima mencionados, trafegava na garupa da MOTOCICLETA YAMAHA 125 E, PLACA NAM 2023, CHASSI 9C6KE09060009300, ocasião um CARRO BRANCO de PLACA e CONDUTOR não identificados, que em seguida se evadiu do local, veio a colidir no veículo em que a comunicante se encontrava, vindo a mesma a cair. Informa ainda que em decorrência da queda, veio a ocasionar lesão no joelho esquerdo, sendo conduzida ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é somente para fins de SEGURO DPVAT.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 015278/2019

ASSINATURAS

Carlos Regis Cunha  
Responsável pelo Atendimento

DAT  
23 MAIO 2019  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR  
MAT. 42000372

Jucimara S. de Silva  
Jucimara Serrão da Silva  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 338-A-338-B-340-Declaração Caluniosa e 340-Declaração Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUN 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Barreto, 484 - Boa Vista - RR

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Prezado(a) beneficiário(a):  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INSCRIÇÃO PERMANENTE  NÃO

Número da carteira:

CNPJ do beneficiário:

Nome completo do beneficiário:

INSCRIÇÃO PERMANENTE

NÃO

886.462.972-68 Juci maria ferrião da silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DA DESENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMAS/DESEMBARQUE) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Número:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

DDD:

PAI:

Mãe:

Esposa:

Filhos:

Irmãos:

Irmãas:

Irmãos