





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027256/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/08/2019 10:53 Data/Hora Fim: 26/08/2019 11:00
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 18/05/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: AV. CENTENARIO

Bairro: Centenário

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSIERE FONTELES DE ARAUJO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista
Profissão: Estudante
Nome da Mãe: Belinha de Araujo

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA PARAIBA
Bairro: DOS ESTADOS

Nº: 325



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA YAMAHA/T115 CRYPTON K DE COR VERMELHA PLACA NUL-7640 CHASSI 9CKE1440A0011662 que está em nome da Sra. Marley Silva Nascimento e seguia pela Av. Centenário QUANDO Colidiu em um Cachorro que atravessou a via. Que devido ao acidente a comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrida ao hospital por populares. Registro somente para fins do Seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima
Agente de Polícia
Matrícula 42000612
Responsável pelo Atendimento

- Rosiere Fonteles de Araujo

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



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 26/08/2019 11:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

16 SET. 2019

BLOCO D

ALTA 23.05.19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

21035

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70820511561993441

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/06/86

9 - SEXO

F

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

BELINDA DE ARAUJO

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

915 9113214153

12 - ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA - PARAIBA, 325 - ESTADOS

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente com motocicleta com fratura em rádio D, distal.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Do Acervo

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

Rx + Acervo Fratura

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

fr. Distal Rádio D

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CODIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

M. Brum

18/05/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

18/05/19

0308010019

5523 T068

1799

16 SET. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Rosane Fátima Araújo, 32 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 18/05/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do fêmur direito (S)

NO DIA 1/1/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 23/05/19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 06/06/19, ÀS 13,00h, COM O
DR. Elencius B.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

BOA VISTA, 1/1/19

16 SET. 2019

MÉDICO

Dr. Odinachi Okem
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185188-R

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO						
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE RADIO DIREITO						
ALERGIAS			HAS		DM2		
IDADE			LEITO	402-2	DATA	23/05/2019	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						
3	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H						
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6						
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						
14	CURATIVO DIÁRIO						
15							
16							
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
19							
20							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

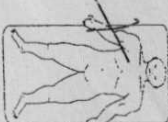
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				+
12 H	108/65	73	-	36.5°c.
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Oken...
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RP

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /	Sexo:	() F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normotênico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____	() Sedado () Torpido () Comatoso	() Normotênico () Hipotensão () Hipertensão PA: _____
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____		
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
REGULAÇÃO TÉRMICA		() Normal () Diarreia () Constipação () Melena	
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente		
() Febril () Febre () Piraxia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotênico () Distendido () Globoso () Flácido		
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada	() Ascítico () Maciço () Timpânico		
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Aclanótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região: _____	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão			
() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas			
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração			
() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação			
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente			
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0	Não 0		
Sim 25	Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não 0	0 Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15	10 Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação	20 Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Localização	 	Região: <u>MSD</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Pele Perilesional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Quantidade de Exsudato	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Solução de Limpeza	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>AGC</u>	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>AGC</u>	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Mariana Reis Barros Técnica em Enfermagem CRP 00804589-0004	Benedito José Carlos Técnico em Enfermagem CRP 00804589-0004
Observações:		

402.2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		18/5/19	DIH		DN
PACIENTE		Reniere Fonteles de Araujo			
AGNÓSTICO		12 Roraima, 12/05/19			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	18/05/19
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				comet
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				5x3p
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA VO				SN
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				24 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				3 SUSP
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				3 SUSP
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Reli
14	CURATIVO DIÁRIO				Rio
15					
16	SSVV 06h				
17	PA 770/60				
18	SC 76				
19	T 36,2				
20					
21					

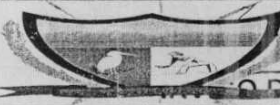
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX - # CONDUITA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	70/60	80	18 36,5

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA DE CLINICA DA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO				DIH		DN	
PACIENTE	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO						
DIAGNÓSTICO	FX RÁDIO D						
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE			LEITO	402-2	DATA	19/05/2019	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						ante
3	CELAOTINA 1G EV 6/6H						SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						14:00
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN						
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H						
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h						(24) 08 / Rotin
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						SN
14	CURATIVO DIARIO						M
15							
16							
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H	130/80	80	18	36.4°C
12 H	140/98	80	18	37.1°C
17 H	106/66	74	19	37.2°C
24 H	132/88	85	19	36.7°C



402-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
HGR Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE RADIO DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		402-2	DATA	20/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3				18
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SW
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SW
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SW
14	Medicamento 1g 6/6h				
15	Curativo				
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS				
6 H	90/60	87	16	36
12 H	140/90	90	-	36,8
17 18 H	141/92	84	17	35,4
24 H	100/70	81	16	36,2

m⁷ 2022-2

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE RADIO DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		402-2	DATA	21/05/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				Su
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manhã
3	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				18-24/08
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3				18-24/08
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				18-24/08
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				Su
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Idoso
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Su
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350:				
20	6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	40x60	74	18	35.6
17 H	123/83	78	-	35.6
24 H	defeito de funcionamento			

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CBO 34110110 ROR

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <i>Agnes Fontale de Araújo</i>	Leito: <i>402-2</i>	Data: <i>21/05/19</i>	

Localização		Região: <i>MS D</i> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <i>Tração</i> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tração</i> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tração</i> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <i>Tração</i> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:
Pele Perilesional	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Selma Fontale F. de Silva</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR nº 205.631			
Observações:	<i>Mrs. Simele M. de Oliveira</i> COREN-RR nº 205.631			

4102-2

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE RADIO DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	402-2	DATA	22/05/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				8 WS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manh
3	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8H				08:15 24.
4	TILATIL 20MG EV 12/12H D3				18:06 24.
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				12:18 24.06.
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SV
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Retiro
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:				
20	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,				
	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	24/09	78	SK	36.9
18 H	308/63	76	S/R	36.5
24 H	36°C	P 72	PA 90/64	

06:00 T 36.2°C 76 PA 100/63

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
2007

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1475597063

PROIBIDO PLASTIFICAR
1475597063

NOME
ROSIERE FONTELES DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORA
218008 SSP RR

CPF
528.451.172-72

DATA NASCIMENTO
20/06/1986

FILIAÇÃO
JACIR PAULINO FONTELES
BELINHA DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACC
CATHAB
AB

Nº REGISTRO
05444142776

VALIDADE
30/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
15/03/2012

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
Rosier Fonteles de Araújo

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
31/05/2017

Assinatura do Emissor
LUIZ EDUARDO SILVA DE CASTILHO
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

44847642044
RR209271795

RORAIMA

16 SET. 2019



Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO

0001625-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003167055

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	16/07/2019	478	405,56

JACIR PAULINO FONTELES
R. PARAIBA 325 DOS ESTADOS
CPF: 00003090221268
CEP: 69.335-470 - BOA VISTA

ROT: 14.001.05.08.003800

DADOS DA LEITURA		kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	39692			Atual:	27/06/2019
Anterior:	39214			Anterior:	30/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	27/07/2019
Consumo Medido:	478			Emissão:	26/06/2019
Consumo Faturado:	478	FCAM		Apresentação:	27/06/2019
NORMAL					28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	E2725272	0 1624808	1.1.1.1	529

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		
MAI/19	537	CONSUMO 478 A R\$ 0,773664 = 369,81
ABR/19	697	ILUMINACAO PUBLICA 35,75
MAR/19	566	
FEV/19	494	
JAN/19	495	
DEZ/18	431	
NOV/18	513	
OUT/18	594	
SET/18	519	
AGO/18	548	
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 478 - 0,634620		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 12/07/2019, em função das contas registradas nesta fatura. O não pagamento poderá acarretar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a partir da próxima fatura a inclusão da realização no valor de R\$ 1.000,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2019	505,66	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 5C15.68D6.2FA9.752C.8B7C.0F8D.E6FC.D671

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	93,90	Base de Cálculo:	369,81
Energia:	199,12	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	62,86
Encargos:	10,34	Valor do PIS:	0,63
Tributos:	66,45	Valor do COFINS:	2,96

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
	0,00			0,00			0,00
CENTRO							
				04/2019			228,68

ROT: 14.001.05.08.003800



SEU CÓDIGO

0001625-0

TOTAL A PAGAR - R\$

405,56

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

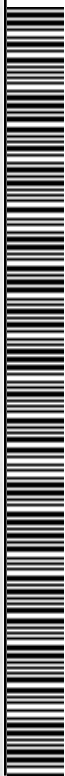
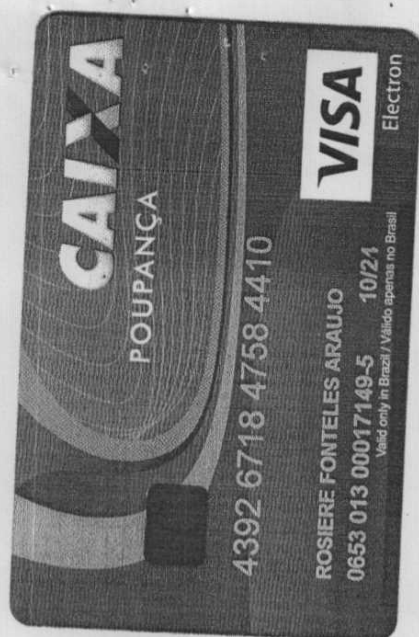
16/07/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal 003167055 FCAM

8360000004 9 05560075000 8 00000000001 8 62500619008 0





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 013161199749	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00274438186		2018
NOME			
MARLEY SILVA NASCIMENTO			
RR			
CPF / CNPJ		PLACA	
959.424.242-68		NUL7550	
PLACA ANT. UF		CHASSI	
		9C6KE1440A0011862	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
MOTONETA / NAD. AP. 125		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
YAMAHA / 1115 CRYPTON R		2010 2010	
CAP. / POT. / CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 0114CC /	PARTICU	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
I *PAGO*	*PAGO*	1*****	
P		2*****	
V		3*****	
A			
FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS			
** PAGO COTA ÚNICA **			
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$ 0,00	R\$ 185,90	R\$ 185,90	17/10/2018
OBSERVAÇÕES			
AL. FIDV. BU. FINANCEIRA S/A. CEI * PRODA SA			
IR AMAZ. OCIDENTAL. FIC. DE OBRIGATORIO			
NAO VALID. PARA TRANSFERENCIA			
LOCAL		DATA	
BOA VISTA-RR		21/11/2018	
EXPEDIDOR			



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0402-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Shair Snácio de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.612 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rosiere Fonteles de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 528.451.172 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rosiere Fonteles de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 528.451.172 / 72, 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: <u>Rua: Antônio P. Galvão</u>	Número: <u>1832</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Buritis</u>	Cidade: <u>Boa Vista</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>ILDIRRR@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>69.309-209</u>	Tel.(DDD): <u>(95)98403-5060</u>

Local e Data: Boa Vista - RR, 16/09/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

16 SET. 2019

RR SEGUROS DPVAT



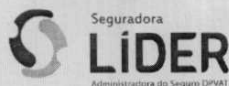
DADOS DO CLIENTE

FICHA DE CADASTRO

NOME COMPLETO	Reixe Fontes de Araújo				
CPF	(58) 528.451.142-72				
RG	218008	EMISSOR	SSP	UF	RR
DATA DO ACIDENTE	18/06/2019	LOCAL	Ao Centenario Próximo ao cemitério.		
NOME DO PAI	Jacir Paulino Fontes				
NOME DA MÃE	Belinha de Araújo				
ENDEREÇO (1)	Rua: Paroíba - 325				
BAIRRO	dos Estados	CIDADE	Boa Vista		
CEP		ESTADO	Roraima		
TEL. CEL. (1)	(95) 99132-4153	TEL. CEL. (2)	(95) 99124-6434 (irmã)		
ENDEREÇO (2)					
BAIRRO		CIDADE			
SINISTRO					

Documentos necessários

- (X) CPF (Xerox)
- (X) RG (Xerox)
- (X) Comprovante BANCÁRIO
- (X) Comprovante de Residência
- (X) PRONTUÁRIO HOSPITALAR
- (X) BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- () ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal)
- () DUT (caso a vítima seja o proprietário do veículo)



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

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190534115

Vítima: ROSIERE FONTELES DE ARAUJO

Data do Acidente: 18/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROSIERE FONTELES DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 23/05/2019, emitido pelo Dr. ODINACHI OKEMIRI CRM nº 1851 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL DE RORAIMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01195/01196 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 14828956

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6YX PLSKW GZ59R SXMZB



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente Instrumento particular de contrato firmado entre as partes, de um lado como
CONTRATANTE Rosine Fonteles de Araújo portador do
RG: 218008 SSP/RR e inscrito no CPF: 528.451.472-72, residente e
domiciliado(a) na Rua: Paraíba, n.º 325, Bairro:
dos Estados, Boa Vista-RR do outro lado como contratado ILOIR
INÁCIO DE SOUZA, inscrito no CPF: 383.051.512-04, com escritório nesta cidade situado á Rua:
Antônio Pinheiro Galvão, n.º 1832, Bairro: Burlitis, têm como justo e certo o que segue:

I-O contratado obriga-se a ingressar administrativamente junto a Seguradora Responsável
para levantamento e pagamento do valor referente ao seguro DPVAT, decorrente de acidente
de trânsito acima.

II-Como remuneração total do trabalho desenvolvido o CONTRATADO receberá da
CONTRATANTE o percentual de 25 % (vinete cinco por cento) do valor total
pago pela SEGURADORA RESPONSÁVEL, pelo sistema de seguros obrigatórios nacional.

III-Fica estipulado entre as partes multa contratual no valor equivalente a 25% (vinete e cinco
por cento) do valor a ser recebido pela CONTRATANTE se no decorrer da prestação dos
serviços contratados este, desistir do contrato.

✓-As partes elegem o foro desta cidade de Boa Vista-RR, para dirimirem quaisquer ações
oriundas deste contrato.

Assim por estarem justos e contratados, assinam o presente em duas vias de igual teor para
que surta efeitos de direito.

Boa Vista-RR, 29 de julho de 2019.

x Rosine Fonteles de Araújo

CONTRATANTE

ILOIR INACIO DE SOUZA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marley Silva Nascimento,
RG nº 329 829-9, data de expedição 08/03/2005
Órgão SSP, portador do CPF nº 959.424.242-08, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Parariba, nº 325,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rosine Fonteles de Araújo, cujo o condutor era
Rosine Fonteles de Araújo.

Veículo: motoneta

Modelo: Yamaha/T115 Crypton K

Ano: 2010

Placa: NUL 7650

Chassi: 9C6KE1440A0011662

Data do Acidente: 18.05.2019

Local e Data: Boa Vista, RR 27 de agosto de 2019.

Marley Silva Nascimento
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s)
[EYUjgDp0]-MARLEY SILVA NASCIMENTO

MPR Em testemunho da verdade Boa Vista, 27/08/2019
Emol: 2,45 FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10 Vir Selo: 5,
Selo: REC FIR 58345VBPIFVAXWKTJS117
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 95942424236

Marjory C. C. Esbell Brighia
Escritoriente Autorizada
Cartório Loureiro

16 SET. 2019



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 ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	528.451.172-72	Rosiere Fonteles de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
Rosiere Fonteles de Araújo		528.451.172-72
Profissão:	Endereço:	Número:
Estudante	Rua: Paraíba	325
Bairro:	Cidade:	Estado:
Barro dos Estados	Boa Vista	RR
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
TLOI.RRR@HOTMAIL.COM	69.300-000	(95) 98125-9538

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

RENDA MENSAL:	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ RECUSO INFORMAR	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA			

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0653	CONTA: 00017149
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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

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	☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Boa Vista - RR, 16/09/2019
	Nome: Rosiere Fonteles de Araújo
	CPF: 528.451.172-72
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	X Rosiere Fonteles de Araújo
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

16 SET. 2019

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Rosire Fonteles de Araújo
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Estudante
IDENTIDADE:	218008 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Paraíba - 325, Bairro dos Estados.

OUTORGADO

NOME:	Ilair Inacio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileiro
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP/RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio Pinheiro Gabeão - 1832, Curitiba

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 18 / 06 / 2019, cobertura Invalidez, vítima: Rosire Fonteles de Araújo.

09 de julho de 2019. Boa Vista - RR

LOCAL E DATA

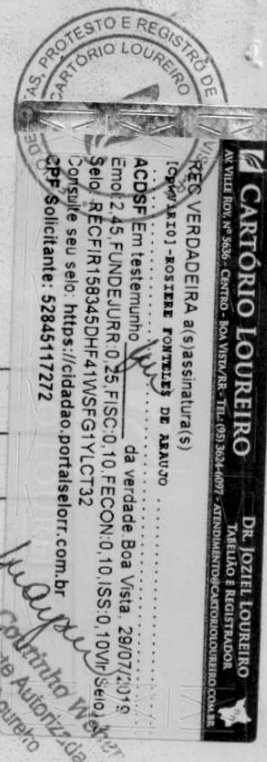
x Rosire Fonteles de Araújo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



16 SET. 2019



EU: Rosiere Fonteles de Araújo
PROFISSÃO: Estudante ESTADO CIVIL: _____
RG: N°. 218008 SSP/ RR CPF/MF N°. 528.451.172-72
E-MAIL: Rosierfonteles@gmail.com
TELEFONE: _____
ENDEREÇO: Rua Paraíba N°. 325
BAIRRO: Dos Estados CEP: 69.300-000

situado no Município de Boa Vista, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o n°. 2171, com endereço na Rua
flamboian n° 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em
qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações
competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir,
firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a
quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo
ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes,
dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 13 de Novembro de 2019..

x Rosiere Fonteles de Araújo
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Rosire Fonteles de Araújo
ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO Estudante
RG nº. 218008
CPF/MF nº. 528.451.172-72
ENDEREÇO: Rua: Paraíba Nº 325
Bairro dos Estados

DECLARA não ter condições de arcar

com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 13 1 Novembr de 2019.

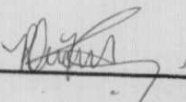
X Rosire Fonteles de Araújo

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Roxine Fentiles de Araújo, portador do RG nº 218.008
Orgão expedidor SBP RR e do CPF 528.451.172-72 residente no
endereço Rua Jonaíba, 325 n° 325
Bairro Estados declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

Ba Vista, 13/11/2019

(local, data)

+ 
(Assinatura do declarante)

11.419.2006

08/08/2019 17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAVIL I/SEH
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento

Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento

Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento
Atendimento

1901111626	18/05/2019 20:06:26	FICHA DE ATENDIMENTO	TRATAMENTO	DATA	NOTURNO	19	8
Paciente	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO	Data Nascimento	20/06/1968	Idade	50	CPF	52145117212
Tipo Doc	Documento	Orgão Emissor	SSPRR	Data Emissão	01/02/2019	Nat. Nacionalidade	BRASILEIRA
IDENTIDADE	218008	SSPRR	F	Sexo	F	Nome	ROSIERE FONTELES DE ARAUJO
Mãe	BELINDA DE ARAUJO	Endereço	RUA - PARAIBA - 325 - ESTADOS - BOA VISTA - RR	Ocupação	NÃO INFORMADA	Class. de Risco	Plano Convênio
Class. de Risco	Plano Convênio	N.º e Categoria	Validade	Autenticação	Sis. Prontal	Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA	Profissional do Atendimento	Precedência	Tempo	Preço	Sector	Tipo de Chegada
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA	Precedência	Sol.	Registado por	MAR ZELEVALAQUIAS	Quelixa Principal	"Queda de moto"

Quelixa Principal: "Queda de moto"

Anamnese de Enfermagem	REG, LOTE, aaa, hidratada, corada, eufórico, aaa.	Exorciações em face, MMSS, dor, edema + deformidade em punho D, dor e limitação em joelho E
------------------------	---	---

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:39h) Paciente refere queda de moto, apresenta A - Histo sinais percutâneos exorciações em MMSS, dor e edema + deformidade B - em punho D, dor e limitação em joelho E

Exame Físico REG, LOTE, aaa, hidratada, corada, eufórico, aaa. Exorciações em face, MMSS, dor, edema + deformidade em punho D Refere Fx prévia

Hipótese Diagnóstica TCE leve + exorciações + Fx

SADT - Exames Complementares () RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECO () CURSOS

PRESCRIÇÃO 1) Dipirona 2g EV 2) Tenoxicam 40 mg EV

Conduta () Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia (X) Transferência para Ortopedia

Óbito Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Alta () M. Fisiológica () Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável Assinatura Médica

Expresso por Josiel Rosas Data Hora 18/05/2019 20:26:44

16 SET. 2019

Ortopedia

M. Brum

paciente vítima de acidente com moto há 1 hora.
com deformidade em antebraço D com
dor local, emrrosos em MSD e
dor em joelho E.

So Pac: fratura transversa com desvio
em direção de rádio D. Aparenta placa
em região distal ao foco de fratura há
2 cm.

CD: I tenosão + foto outro punho
Ao GT para curativo.

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

16 SET. 2019

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco: <u>D</u>	Data: <u>22/05/19</u>	Enfermaria: <u>902</u>	Leito: <u>2</u>						
Nome Completo: <u>Rosene Fontes de Araújo</u>	DN: <u>/ /</u>	Sexo: <u>A</u> F () M							
Hipótese Diagnóstica: <u>fratura de rádio D</u>									
Isolamento ou Precaução: <u>Sim</u> () Não									
Alergia: () Sim <u>(X) Não</u>	Qual (is):	Qual idioma:							
Necessidade de Intérprete? () Sim <u>(X) Não</u>									
Possui acompanhante: () Sim <u>(X) Não</u>	Obs:								
Deambulação: <u>(X) Normal</u> () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante									
SISTEMA NEUROLÓGICO					SISTEMA CARDIOVASCULAR				
(X) Consciente <u>(X) Orientado</u> () Desorientado	(X) Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	EC: _____							
() Sedado () Torpido () Comatoso	(X) Normotenso () Hipotenso () Hipertenso	PA: _____							
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	(X) Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulso: _____							
PUPILAS					ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas	(X) VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT								
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	Aceitação da dieta: <u>(X) Sim</u> () Não () Parcial								
REGULAÇÃO TÉRMICA					Evacuações: <u>(X) Presente</u> () Ausente () Colostomia				
(X) Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	(X) Normal () Diarreia () Constipação () Melena								
() Febril () Febre () Pirexia	Flatos: <u>(X) Presente</u> () Ausente								
() Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL								
CARACTERÍSTICAS DA PELE					(X) Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido				
(X) Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico								
(X) Normocorada () Hipocorada () Hipercoreada	Ruidos Hidroaéreos: <u>(X) Presente</u> () Ausente								
(X) Anictérica () Ictérica () Cianótica	Visceromegalias: () Sim <u>(X) Não</u> FO: () Sim () Não								
(X) Acianótica () Edema Local: _____	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE								
Úlcera por pressão: () Sim (X) Não	(X) Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria								
Região: _____	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria								
Curativo realizado: <u>(X) Sim</u> () Não FO: () SIM () NÃO	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen								
SISTEMA RESPIRATÓRIO									
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico	<u>(X) Ar ambiente</u> () Traqueostomia								
Oxigenoterapia () Sim <u>(X) Não</u>	Qual: _____								
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico: <u>(X) Sim</u> () Não	Local: <u>MS E</u>	Data: <u>20/05/19</u>	Trocar em: _____						
Cateter Central: () Sim <u>(X) Não</u>	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____						
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim <u>(X) Não</u>	() Sim <u>(X) Não</u>								
Sondas: () Sim <u>(X) Não</u> () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem							
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____							
Cateter Vesical: () Sim <u>(X) Não</u>	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____							
Prótese: () Sim <u>(X) Não</u>	Tipo: _____	Local: _____							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM									
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão							
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas							
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração							
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada							
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação							
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente							
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene								
Escala de Morse									
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado								
Não 0	Não 0								
Sim 25	Sim 20								
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação								
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0								
Sim 15	Fraca 10								
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20								
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental								
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0								
Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15								
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45									
Prescrição para prevenção de queda no verso									

PRESCRIPTION DE FERRMAGE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFEI MEIRO

PERÍODO MATUTINOPERÍODO MATUTINO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ASS:

A55

PERIODO VESPERTINOPERÍODO VESPERTINO

Trague com interven-
ções, os cuidados
da equipe de enferma-
gem.

FB

Finalidade, Material, Quantidade

COREN-PR 353432 - ENE

Quesada + ss

ASS:

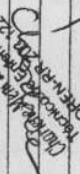
ASS

PERIODO NOTURNOPERÍODO NOTURNO

ASS

06:00 Realizao de cuidados de enfermagem spu.

1


 Dra. Marcelina de Souza
 Enfermeira Especialista em
 COPD - R/R 230.122-76

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:		Data:		Enfermagem:		Leito:			
				DN: / /		Sexo: () F () M			
Nome Completo:									
Hipótese Diagnóstica:									
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos									
Alergia: () Sim () Não Qual(is):									
Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma:									
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:									
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante									
SISTEMA NEUROLÓGICO					SISTEMA CARDIOVASCULAR				
() Consciente () Orientado () Desorientado					() Normotênico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____				
() Sedado () Torpido () Comatoso					() Normotênico () Hipotênico () Hipertênico PA: _____				
() Agitado () Responde a estímulos () Não reage					() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____				
PUPILAS					ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
() Fotorreagente () Mioticas () Midríaticas					() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT				
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes					Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA					Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia				
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico					() Normal () Diarreia () Constipação () Melena				
() Febril () Febre () Pirécia					Flatos: () Presente () Ausente				
() Hiperpirexia					REGULAÇÃO ABDOMINAL				
CARACTERÍSTICAS DA PELE					() Normotênico () Distendido () Globoso () Flácido				
() Hidratada () Desidratada () Ressecada					() Ascítico () Maciço () Timpânico				
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada					Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente				
() Anictérica () Ictérica () Cianótica					Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não				
() Aclanótica () Edema Local					SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Úlcera por pressão: () Sim () Não					() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria				
Região: _____					() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria				
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO					() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen				
SISTEMA RESPIRATÓRIO									
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia									
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____									
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____									
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____									
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não									
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem									
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____									
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____									
Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____									
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM									
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão									
() Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas									
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração									
() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada									
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Risco de constipação									
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado () Comunicação deficiente									
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene									
Escala de Morse									
1. Histórico de Queda 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado									
Não 0 Não 0									
Sim 25 Sim 20									
2. Diagnóstico Secundário 5. Marcha/Deambulação									
Não 0 Normal/Sem deambulação/Acamado 0									
Sim 15 Fraca 10									
3. Auxílio na Deambulação 6. Estado Mental									
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Orientado/limitado/conhece as limitações 0									
Muleta/Bengala/Andador 30 Superestima capacidade/Esquece limitação 15									
Mobiliário Parede									
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45									
Prescrição para prevenção de queda no verso									

1D/E/F

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

24/03/2016 PERÍODO MATUTINO

Admissionado medido
Sinais vitais, de 1 hora
Cpu: 120, 120, 120, 120

ASS: *[assinatura]*
Téc. em Enfermagem
COBENRR 12345678
PERÍODO VESPERTINO

ASS: *[assinatura]*
Téc. em Enfermagem
COBENRR 12345678
PERÍODO NOTURNO

Per no leito, admissionado
medido, Cpu, apen
Sinais vitais

[assinatura]
Téc. em Enfermagem
COBENRR 12345678
PERÍODO NOTURNO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:		Data:		Enfermaria:		Leito:			
		DN:		/ /		Sexo:		() F () M	
Nome Completo:									
Hipótese Diagnóstica:									
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos									
Alergia: () Sim () Não Qual (is):									
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:									
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:									
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante									
SISTEMA NEURÓLOGO					SISTEMA CARDIOVASCULAR				
() Consciente () Orientado () Desorientado					() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____				
() Sedado () Torpido () Comatoso					() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____				
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage					() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____				
PUPILAS					ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas					() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT				
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes					Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA					Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia				
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico					() Normal () Diarreia () Constipação () Melena				
() Febril () Febre () Pirexia					Flatos: () Presente () Ausente				
CARACTERÍSTICAS DA PELE					REGULAÇÃO ABDOMINAL				
() Hidratada () Desidratada () Ressecada					() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido				
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoreada					() Ascítico () Maciço () Timpânico				
() Anictérica () Ictérica () Cianótica					Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente				
() Acianótica () Edema Local: _____					Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não				
Úlcera por pressão: () Sim () Não					SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
Região: _____					() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria				
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO					() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria				
SISTEMA RESPIRATÓRIO					() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen				
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ambiente () Traqueostomia									
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____									
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES									
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____									
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____									
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem									
Sondas: () Sim () Não () SNG Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____									
Dreno de: _____ Data da instalação: _____ Trocar em: _____									
Cateter Vesical: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____									
Prótese: () Sim () Não									
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM									
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão					() Risco de Quedas				
() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Broncoaspiração					() Eliminação urinária prejudicada				
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de constipação					() Comunicação deficiente				
() Risco de glicemia instável () Risco de integridade da pele prejudicada									
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal									
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado									
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene									
Escala de Morse									
1. Histórico de Queda					4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado				
Não 0 Não 0									
Sim 25 Sim 20									
2. Diagnóstico Secundário					5. Marcha/Deambulação				
Não 0 Normal/Sem deambulação/Acamado 0									
Sim 15 Fraca 10									
3. Auxílio na Deambulação					Comprometida/Cambaleante 20				
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0					6. Estado Mental				
Muleta/Bengala/Andador 15 Orientado/limitado/conhece as limitações 0									
Mobilidade Paralela 30 Superestima capacidade/Esquece limitação 15									
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45									
Prescrição para prevenção de queda no verso									

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDZ3 MEBLN 4PYUZ 7AQ2B

PRESIDÊNCIA DO ENFERMEIRO	
☐ Orientar presença de acompanhante	
☐ Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	
☐ Alerta e registrar os sinais vitais	12 18 24 06
☐ Administrar medicações prescritas	
☐ Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação	
☐ Manter consciência elevada	
☐ Verificar saturação de O ₂	
☐ Observar e anotar características da dor	
☐ Aplicar compressas () frias () mornas	
☐ Observar e anotar edemas	
☐ Observar e anotar estado de consciência	
☐ Verificar temperatura axilar	
☐ Observar e anotar padrão respiratório	
☐ Observar sinais de clonose	
☐ Manter cabeceira elevada a ____ graus.	
☐ Verificar e registrar glicemia ____ h	
☐ Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese	
☐ Prevenção de lesão por Pressão	
☐ Realizar mudança de decúbito de ____ em ____ h	
☐ Observar integridade da pele	
☐ Tocar de fralda	
☐ Prevenção de Quedas	
☐ Manter grades laterais elevadas	
☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação	
☐ Auxiliar o paciente na higiene	
☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
☐ Manter cama com rodas travadas	
☐ Necessidade de contenção ao leito	
☐ Manter vigilância de ____ / ____ horas.	
☐ Calçado seguro nos pés	
☐ Material de uso pessoal ao alcance da mão	
☐	
☐	
☐	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO	
PERÍODO MATUTINO	
PERÍODO VESPERTINO	
ASS:	
PERÍODO NOTURNO	
ASS:	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
PERÍODO MATUTINO	
12:00 to administração de medicação de horário de almoço. Auxílio de enfermeiro.	
ASS:	
PERÍODO VESPERTINO	
Paciente com sinais vitais estáveis, sem medicação, atendimento de enfermagem.	
ASS:	
PERÍODO NOTURNO	
Paciente com sinais vitais estáveis, sem medicação, atendimento de enfermagem.	
ASS:	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco: D	Data: 20.05.19	Enfermaria: 405	Leito: 2
Nome Completo: Roxane Fonteles de Araújo	DN: / /	Sexo: BF	() M
Hipótese Diagnóstica: fratura de rádio direito			
Isolamento ou Precaução: () Sim ☒ Não	() Padrão () Contato () Gotícula - zerossol () Gotícula - perdigotos		
Alergia: () Sim ☒ Não	Qual (is):	Qual idioma:	
Necessidade de Intérprete? () Sim ☒ Não			
Possui acompanhante: () Sim ☒ Não	Obs:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC: _____	
() Sedado () Torpido () Comatoso	() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso	PA: _____	
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico	Pulso: _____	
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas	() Normo () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril () Febre () Púexia	Flatos: () Presente () Ausente		
() Hiperpirexia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
() Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada	() Ascítico () Maciço () Timpânico		
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acianótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim ☒ Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim ☒ Não			
Região: _____			
Curativo realizado: () Sim ☒ Não			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico	() Ar ambiente () Traqueostomia		
Oxigenoterapia: () Sim ☒ Não	Qual: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim ☒ Não	Local: M36	Data: _____	Trocar em: _____
Cateter Central: () Sim ☒ Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocar em: _____
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim ☒ Não	() Sim ☒ Não		
Sondas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem	
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____	
Cateter Vesical: () Sim ☒ Não	Data da instalação: _____	Trocar em: _____	
Prótese: () Sim ☒ Não	Tipo: _____	Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz	() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de infecção	() Ventilação espontânea prejudicada	() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de glicemia instável	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() Risco de constipação	
() Volume de líquidos excessivo	() Padrão de sono prejudicado	() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente	() Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não 0	Não 0		
Sim 25	Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15	Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15		
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verso			

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS 3/C/D/E/F

PRESENCIA DE ENFERMAGEM	HORARIO
☒ Orientar presença de acompanhante	
☒ Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	
☒ Alertar e registrar os sinais vitais	12 18 24 06
☒ Administrar medicações prescritas	
☐ Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação	
☐ Manter cabeceira elevada	
☐ Verificar saturação de O ₂	
☐ Observar e anotar características da dor	
☐ Aplicar compressas () frias () mornas	
☐ Observar e anotar edemas	
☐ Observar e anotar estado de consciência	
☐ Verificar temperatura axilar	
☐ Observar e anotar padrão respiratório	
☐ Observar sinais de cianose	
☐ Manter cabeceira elevada a ____ graus	
☐ Verificar e registrar glicemia ____ h	
☐ Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese	
☐ Observar e anotar quantidade e aspecto da defecação	
☐ Observar integridade da pele	
☐ Troca de fralda	
☐ Prevenção de lesão por pressão	
☐ Manter grades laterais elevadas	
☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação	
☐ Auxiliar o paciente na higiene	
☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
☐ Manter cama com rodas travadas	
☐ Necessidade de continência ao leito	
☐ Manter vigilância de ____ horas	
☐ Calçado seguro nos pés	
☐ Material de uso pessoal ao alcance da mão	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO
PERÍODO MATUTINO
PERÍODO VESPERTINO -
paciente está em repouso que nos quadros de evolução no quadro a seguir p/ cuidados de prevenção de quedas e prevenção de lesão por pressão
ASS: <i>[Assinatura]</i>
PERÍODO NOTURNO
ASS: <i>[Assinatura]</i>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM
PERÍODO MATUTINO
Obs. prestada assistência de enfermagem, verificada os sinais vitais e bem-estar
ASS: <i>[Assinatura]</i>
PERÍODO VESPERTINO
Obs. prestada assistência de enfermagem, verificada os sinais vitais e bem-estar
ASS: <i>[Assinatura]</i>
PERÍODO NOTURNO
Administração medicamentosa com aferição dos sinais vitais
ASS: <i>[Assinatura]</i>