

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 3272317520211103113439

Processo 0804657-08.2020.8.23.0010 ☆ - (630 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público
Selos:

| Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apensamentos (0) | Vínculos (0) |
|--|------------------------|--------------------------|--|---|--------------|
| <div>Realces</div> <div>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</div> <div>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</div> | | | | | |
| <div>Filtros</div> <div>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</div> <div>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></div> <div>Descrição: <input type="text"/></div> | | | | | |
| 93 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 93 | | | | 500 por pág. | 1 |
| Seq. | Data | Evento | | Movimentado Por | |
| <input type="checkbox"/> | 93 | 03/11/2021 11:34:39 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador | |
| | 93.1 | Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2698320IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf | Público |
| | 93.2 | Arquivo: Anexo - petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | 2698320IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf | Público |
| <input type="checkbox"/> | 92 | 26/10/2021 16:38:30 | EXPEDIÇÃO DE CERTIDÃO GERAL Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO(14/10/2021 12:09:32). Identificador do Cumprimento: 0003 | ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária | |
| | 91 | 22/10/2021 19:29:32 | RENÚNCIA DE PRAZO DE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) | Wallyson Barbosa Moura Advogado | |
| | 90 | 22/10/2021 19:29:18 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA) em 22/10/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10 /2021) e ao evento de expedição seq. 88. | Wallyson Barbosa Moura Advogado | |
| | 89 | 22/10/2021 18:17:58 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 22/10/2021 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) e ao evento de expedição seq. 87. | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador | |
| | 88 | 14/10/2021 12:09:40 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) | JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário | |
| | 87 | 14/10/2021 12:09:40 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 86) JUNTADA DE LAUDO (14/10/2021) | JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário | |
| <input type="checkbox"/> | 86 | 14/10/2021 12:09:32 | JUNTADA DE LAUDO | JAILSON MEDEIROS TEIXEIRA Analista Judiciário | |
| | 85 | 19/09/2021 23:23:32 | HABILITAÇÃO PROVISÓRIA Perito Oficial: FERNANDO BERNARDO DE OLIVEIRA habilitado até 25/09/2021 (6 dias) | ALDENEIDE NUNES DE SOUSA Analista Judiciária | |
| <input type="checkbox"/> | 84 | 17/09/2021 09:01:14 | JUNTADA DE CERTIDÃO | VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário | |
| | 83 | 17/08/2021 18:58:24 | LEITURA DE MANDADO REALIZADA MANDADO lido em 17/08/2021 - Referente ao evento de expedição (seq. 79) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (08/08/2021 23:47:35). Parte: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA Analista Judiciário | |
| <input type="checkbox"/> | 82 | 17/08/2021 18:02:53 | RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 79) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (08/08/2021 23:47:35). Parte: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | JUCILENE DE LIMA PONCIANO Oficial de Justiça | |
| | 81 | 10/08/2021 00:04:53 | DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (P/ advgs. de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A *Referente ao evento (seq. 73) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (27/07/2021) e ao evento de expedição seq. 74. | SISTEMA CNJ | |
| | | | REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO | | |



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08046570820208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais).

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 29 de outubro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

DIEGO PAULI
858 - OAB/RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472597/19

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 900.306.562-49

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA : 900.306.562-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013975457987

VA 01 01042943874 COB. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

MARCELO DA SILVA DE OLIVEIRA

PLACA

026.020.012-36 PLACA NUI3253 RR

PLACA ANT./UF 3E2K01680F001B326 CHASSI/

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NOVA DELITE COMBUSTIVEL ALCO/9ASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 FAN ESD1 ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP/POT/OIL 29/01490C/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA *PAGO* VENC. COTA UNICA 1ª *****

FAIXA LVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PAGO COTA UNICA 3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 18/03/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA R

MAZON OCID *

BOA VISTA-RR, 30/04/2019

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

RR Nº 013975457987 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

VA 01 026.020.012-36 EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSAO 30/04/2019

RENAVAM 01042943874 HONDA/CG150 FAN ESD1 ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP/POT/OIL 29/01490C/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA *PAGO* VENC. COTA UNICA 1ª *****

FAIXA LVA. PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****

PAGO COTA UNICA 3ª *****

PREMIO TARIFARIO IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 18/03/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO * PROIB SAIR DA R

MAZON OCID *


BOA VISTA-RR, 30/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.508/0001-04

OUT / 2017

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472597/19

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 900.306.562-49

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA : 900.306.562-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724364 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 16)E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO E DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E
LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724364 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 16)E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO E DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E
LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Perda completa da mobilidade de um quadril | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 30 % | R\$ 4.050,00 |

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



[Signature]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 464571-5

DATA DE EXPEDIÇÃO

27/06/2016

NOME YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO 10/12/1962

COT. ORIGEM CERTO CAS AVERB DIVÓRCIO 2359 FLS 52 LIV B-8
1 OF BOA VISTA - RR

CPF 762.732.616-87

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Papiloscópico da Polícia Civil
Diretor do IIC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 MAR 2016

INTE SEGURO S/A

Av. Dilermando, 484 - Boa Vista - RR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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





Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR
Marizon Ferreira de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 273530 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2018

NOME MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA
MARIA ROSA DA SILVA DE OLIVEIRA
NATURALIDADE SÃO JOÃO DA BALIZA - RR
DOC. ORIGEM CERTD NASC 52218 FLS 279 LIV A-70
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO 21/10/1986

900.306.562-49 2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Secretário de Polícia Civil
Diretor de I.D.C.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

| | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Vermelho |
| <input type="checkbox"/> | Laranja |
| <input type="checkbox"/> | Amarelo |
| <input type="checkbox"/> | Verde |
| <input type="checkbox"/> | Azul Ass. |

10-10-68

NIR

Anexo I

Transf: 08/10/19



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NIR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/10/86

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

135244

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

TRAT DE COHO DE
FUMAR @ + RÓDIO @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TOO CUMMULO

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

RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

OS PROSSINOS COHO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO REGISTRO

39 - SÉRIE

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0308010019

S720

T068

V99

ate 5.10



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



DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA
AGNÓSTICO FADUNA COLO FEUVA + GATCAZZI ADONATO
ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
IDADE 32 Anos LEITO _____ DATA 26/9/19

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|--|-------------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H S/N | S/N |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | 06 NTF |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | S/N |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | S/N |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | 22 66 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | S/N |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | 12 18 24 06 |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | 10 22 8 |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | S/N |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | retina |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | retina |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 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,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|--------|-----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | | | |
| 18 H | 114/74 | 103 | 43 |
| 24 H | 116/74 | 114 | 20 |

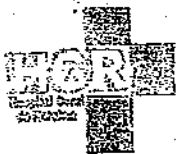
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h/152x85/106

as 07h o paciente medicado CRM, aferido

SAVV

EXAMENADO POR
TACADO EM
CURSO



A-65

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: Martyna Farias da Silva
IDADE: _____ REGISTRO: _____
BLOCO: A ENFERMARIA: 65 LEITO: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ortopedia

PARA: Bucodonto

Dados Clínicos:

Lesão externa de acidente recente
Dor em mandíbula e fx de
dente molar pelo qual solicitado
avaliação
Grito

27.09.19
Data

Dr. Pedro de S. Faria
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 3028

Médico

Solicitado Dr. P. A. mais
novo + lateral oblique
? perlicap
- Solicitado Parecer de Ortopedia
sobre o elemento dentário
Fratura do

Data

Dr. Ricardo Brito Farias
Cirurgião Dentista
Ortopedia Bucal-Maxilo-Facial
CRO 056 RR
Médico

104.2

(corredor)



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|--|--|------|------------|-----|---------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | | | | |
| AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | DATA | 27/09/2019 | | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | | | | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD. > 110 MMHG | | | | |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 19 | | | | | |
| 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, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:




| SINAIS VITAIS | | | | | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia |
|---------------|--------|-----|----|------|--|
| 6 H | PA | FC | FR | T | |
| 12 H | 143x83 | 110 | | 36.6 | |
| 18 H | 122x83 | 100 | | 37.1 | |
| 24 H | 153x98 | 110 | | 36.3 | |

Lab. verificadas SSVV. Sem queixas neste período.

064
 p2 142x88
 97

[Signature]
 CRISTINA
 CRISTINA
 CRISTINA

104-2

| | | | | | | | |
|---|---|-------|------|------------|------|--|--|
|  HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |   | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | | |
| PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | | | | | | |
| AGNOSTICAR FX COLO FEMUR E + RADIO E | | | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA | | |
| IDADE | | LEITO | DATA | 28/09/2019 | | | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | | SN | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | | | SN | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | | SN | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | | | SN 15:30 21:00 | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | | | | | SN | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | | | SN | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA | | | | | 06 | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | | SN | |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | | 14 - 22:00 | |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | | | | | 16 | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | | SN | |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | SN | |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | SN | |
| 19 | | | | | | | |
| 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,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|-----------|-----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 12 H | 148 x 106 | 103 | - | - |
| 18 H | 144 x 102 | 104 | - | - |
| 24 H | 123 / 85 | 117 | - | 36°C |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

18H: Realizados os 11us
 C.P.M.
 Marmalida S. Rocha
 Aux. Enfermagem
 COREN/RR 000.184.087

Noturno - Paciente estável
 e um episódio de dor.
 pl. m. c. p.m + snv
 Maria Mariana C. Lorenzi
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN/RR 000.184.087



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|--|-------|-------|------|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | | | |
| AGNÓSTI | FX COLO FEMUR E + RADIO E | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 104-2 | DATA | 29/09/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | su |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | su |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | | su = 08h 40' |
| 5 | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | | | | su 2h |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | | su |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | su |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | su = 2h 08 |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | su |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | su |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 19 | | | | | |
| 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,
NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR |
|------|--------|-----|----|
| 12 H | 137/80 | 118 | — |
| 18 H | 139/85 | 111 | — |
| 24 H | 140/80 | 100 | — |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
CRM-RR 2028
Residente de Ortopedia e Traumatologia

104-2000

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

DATA

30/09/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

SF 0,9% 500ML EV S/N

DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM

OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h

CLEXANE 40MG SC 1X DIA

12

13

14

15

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

SSVV + CCGG 6/6 H

CURATIVO DIÁRIO

19

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/MIL GLICOSE: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

OGH PA: 122/81 FC: 136

SINAIS VITAIS

| 8 H | PA | FC | FR |
|------|--------|-----|------|
| 12 H | 120/78 | 80 | 36 |
| 18 H | 130/78 | 118 | 35°C |
| 24 H | 124/69 | 143 | 38 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

paciente no leito, estável
após Sinais vitais com-
munes, fisiológicos. Presen-
ta normalizado AP com bulco de 18.
10/03/932.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1





Paciente:

Márcia da Silva

Leito:

104-2

Data: 30/09/2019

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| Localização |   | Região: <u>MLE</u> |   | Região: _____ |
| Etiologia | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>✓</u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ | Grau: I (<u>0</u>) II (<u> </u>) | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ | Grau: I (<u> </u>) II (<u> </u>) |
| Aparência do Leito | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (<u>✓</u>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | |
| Pele Perilesional | () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____ | | () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____ | |
| Tipo de Exsudato | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (<u>✓</u>) Seco () Outro: _____ | | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____ | |
| Quantidade de Exsudato | () Molhado () Úmido (<u>✓</u>) Seco | | () Molhado () Úmido () Seco | |
| Solução de Limpeza | (<u>0</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>✓</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | | () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | |
| Cobertura primária | (<u>0</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | |
| Troca | () 12/12 (<u>✓</u>) Diário () 48/48h | | () 12/12 () Diário () 48/48h | |
| Profissional que realizou procedimento: | Varissa da Silva Morai Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.77 | Larissa Alves Nova Técnica Enfermagem COREN-RR 965.152.77 | Ana Carolina Silva (Carli) Téc. em EPP COREN-RR 965.152.77 | |

104-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

AGNÓSTICO **FX COLO FEMUR E + RADIO E**

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
 LEITO _____ DATA **01/10/2019**

IDADE _____

ITEM _____ PRESCRIÇÃO **104-2** HORÁRIO _____

- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 ACESSO VENOSO PERIFERICO
- 3 SF 0,9% 500ML EV S/N
- 4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN
- 5
- 6 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN
- 7 NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM
- 8 OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA
- 9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
- 10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h
- 11 CLEXANE 40MG SC 1X DIA
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS \geq 160 E OU PAD $>$ 110 MMHG
- 17 SSVV + CCGG 6/6 H
- 18 CURATIVO DIÁRIO
- 19
- 20
- 21

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

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

| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|--------|-----|------|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | 134x8 | 132 | 37.2 |
| 18 H | 140x80 | 131 | 36.7 |
| 24 H | 128x70 | 115 | 36.8 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR-2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

*11:050 paciente no leito
 H e P Venopunctura SSVV
 intercorrente - Paciente
 ingenuizado e monitorado de sol.*

*16H T = 38,8°C, administrado 2
 040pm.*



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|------------------|--|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | | | |
| AGNÓSTICA | FX COLO FEMUR E + RADIO E | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 104-2 | DATA | 02/10/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | ATENÇÃO |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | SN |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | | SN |
| 5 | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT | | | | SN |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | | 06/11/19 |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA | | | | SN |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | SN |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (c/paciente) | | | | 20/08 |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | | | | 20/08 |
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | | 20/08 |
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | | 20/08 |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | curativo |
| 19 | | | | | |
| 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, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Antonia Rodrigues
 Técnico em Enfermagem
 COREN-RR 228 TE
 1905 07hs

DPA: 135/62 P: 122 T: 36,7°C

| SINAIS VITAIS | | | | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR-2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia |
|---------------|----------|-----|----|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 140 x 45 | 79 | 22 | |
| 18 H | 144 x 73 | 111 | 21 | |
| 24 H | 120 x 80 | 85 | 21 | |

12:00h (Adm. enfermagem) CPM
 SBN, monitorando

Antonia Rodrigues
 Téc. Enfermagem
 COREN-RR 228 TE

06:45 - Trocado AUP, MSD, floc 18.

TE: Antonio

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



DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

DIAGNÓSTICO **FX COLO FEMUR E + RADIO E**

ALERGIAS _____ HAS _____ NEGA _____ DM2 _____ NEGA _____
 IDADE _____ LEITO **104-2** DATA **03/10/2019**

ITEM _____ PRESCRIÇÃO _____ HORÁRIO _____

| | | |
|----|---|------------------------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | Atenção |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | SN |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | SN |
| 5 | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I | SN |
| 7 | NAI BUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM | SN |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA | 06 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | SN |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | 08 16 24 |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | 16 |
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | 12 18 24 06 |
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | 20 08 |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SN |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | Rotina |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | Curativo |
| 19 | | |
| 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:

#1 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDIÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

| 6 H | PA | FC | FR | T |
|------|--------|-----|----|------|
| 12 H | 139/76 | 119 | — | 36,4 |
| 18 H | 130/75 | 120 | | 36,2 |
| 24 H | 128/81 | 108 | | 36,2 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

120 - Paciente no leito, FX colo femur + radio E, orientado, segue aos cuidados de enfermagem — Solina

06h - 84 - 124/74

P - 100 T - 36,2

Diógenes Fátima Silva
 COREN-RR 799.581 - TF

Maria Rosa da Paz
 Tcn. Enfermeiro
 COREN-RR 799.581

104-2



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



| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
|--|--|-------|-------|------|-------------|
| PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | | | | |
| AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 104-2 | DATA | 04/10/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | Sms |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | | SW |
| 5 | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT | | | | SW |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | | SW |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | | CONTIN |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | NTF (08) 18 |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | | | | |
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | | 08/12 |
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | | 08/12 |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SW |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | MANTER |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 19 | | | | | |
| 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, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUITA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|----------|-----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | T |
| 10 H | 142 x 77 | 104 | | 36,2 |
| 18 H | 130 x 88 | 141 | | |
| 24 H | 97 x 67 | 110 | | 35,5 |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

As 7 verificadas SSVV e administradas medicação C.P.M., exceto ITEM 10, pois não tem na unidade. Realizado banho no leito + troca de lençol. Coletada amostra sanguínea e encaminhada.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

Dr. Eder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028/RR

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050489
5720

S. 10

V. 99



BOLETA OPERÁRIO

Maurício Junior de Oliveira

Data: 08/10/14

O.S. _____

AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura de Colo de Fêmur (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Ortopedia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

AGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Gian

1º AUXILIAR:

Dr. Poturck

AUXILIAR:

Dr. Guimarães R2

INSTRUMENTADORA:

AUXILIAR:

Dr. Américo A. R2

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

CICLO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Elyer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8247/R

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH em posição ventral;
2. AA + OOE;
3. Incisão longitudinal lateral na coxa (E) + curvatura
de 90° + redução cirúrgica com 2 FK 2.5 +
fixação com 3 parafusos comecando a 10cm da
unio + sutura em pontos + LMC + Sutura + Curvatura
na RPA.

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 2007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Anistia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Marizem Ferreira de Oliveira, 33a

05/10/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| AGENTES | 1h 20 | 15 | 30 | 45 | 1h | 15 | 30 | 45 | 1h | 15 | 30 | 45 | 1h | 15 | 30 | 45 |
| DA | °C | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 |
| X | 30 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 | 220 |
| ULSO | 26 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| ANES | 34 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 | 160 |
| X | 32 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 | 139 |
| OP | 30 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 | 140 |
| TEMP | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 | 120 |
| ASPIR. | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| A | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 |
| RESP | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Q | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Expan | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Aspi | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Contro | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| SÍMBOLOS | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------------------------|----------|------------------------------|--|
| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES |
| A. Propofol 10mg | 70mg | Rapida anestesia hipotênica | x Check list OK |
| B. Midazolam 5mg | 100mg | 200 ventiladores ispon- | (monitorização) ECG, Sato ₂ |
| C. Fentanil 100mcg | 5mg | 100mg | PA e Diurico |
| D. Midazolam 5mg | 5mg | 100mg | 1. O ₂ 2l/min SCV |
| E. | | | 2. Fentanil 100mcg EV |
| F. | | | 3. Midazolam 3mg EV |
| G. | | | 4. Antisséptico + compressa |
| GLICOSE | LIQUIDOS | Cânula - Naso / Oro Faríngea | 5. Punção F.S.A., entre L3-L4 |
| HDO | | Naso / Orotraqueal - Cópia | paramédica D, clareira 266 |
| SANGUE | | Bol. Tamp. - Cálculo do Tubo | (Bunge) e injeção do agente A13 |
| 5F0,97 2500ml | | Sob Místere | 6. Ceftriaxone 2g EV |
| | | Dificuldade Técnica | 7. Clotrofen 100mg EV |
| TOTAL 2500ml | | TEMPO DE ANESTESIA | |
| | | 11:10 às 13:30 | |
| OPERAÇÃO | | | |
| Ostios. de cdo de fírmu D. | | | |
| ANESTESIA | | | |
| Dr. Brício / R3 manul | | Dr. Patrick / Elém | |
| | | | PERDA SANGÜINEA |

À SRPA

Dr. Erico Gonçalves
Anestesiologista
CRM/RN 1514 / RQE 501




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------|--------------|-----------------------|---------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE | | 10-324 | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA | |
| MAMZON FEMMEIA DE OLIVEIRA | | 104.2 | SW: | 05 / 10 / 19 | | |
| CIRURGIA | | | | | | |
| TIPO | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | | |
| OST. FMT. CVD DE FEMUR (E) | | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL | | |
| | | 11:30 | 13:20 | | | |
| CIRURGIÃO | | EQUIPE MÉDICA | | | | |
| 1º AUXILIAR | | ANESTESISTA: | | DR. EMILIO | | |
| 2º AUXILIAR | | RES. ANESTESIA: | | R3. MARCELO | | |
| | | INSTRUMENTADOR | | | | |
| | | CIRCULANTE | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: MAGE | | OUA DE + SAUEL | | | | |
| QUANT. | | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
| 1 | | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| 1 | | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 7.5 | | 1 | FIO VICRYL Nº 2.0 | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 8.0 | | 1 | FIO MONONYLON Nº 2.0 | |
| 1 | | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| 1 | | LUVAS P/PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| 1 | | LÂMINA BISTURI Nº 24 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| | | SERINGA 01ML | | 1 | SURGICEL ELETRODOS | |
| 1 | | SERINGA 03ML | | 1 | CERA P/OSSE CATETER O2 | |
| | | SERINGA 05 ML | | 2ml | KIT CATARATA Nº ALCOOL 70% | |
| | | SERINGA 10ML | | 2ml | GEFOAM TOPIC | |
| | | SERINGA 20ML | | 2ml | FITA CARDIACA CLOROFILMA DEG | |
| 1 | | AGULHA P/MOVEDOR 26 | | 1 | OUTROS: Sonda Foley P:14 | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | | ENFERMEIRA CHEFE | | MATERIAL MEDICAMENTOS | | |
| | | PENATA | | SUB- TOTAL | | |
| | | ALESSA DUA | | TAXA DE SALA | | |
| ENCIONÁRIO/CALCULOS | | CIRCULANTE DE SALA | | TAXA DE ANESTESIA | | |
| | | | | SOMA | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | | | | |

17/04/2008



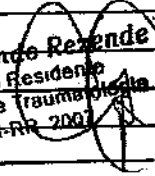
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | |
|---|-------|-----------------|------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE <i>Luizinho Lima de Oliveira</i> | | | |
| AGNÓSTICO <i>Pr. João de Lima</i> | | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 |
| IDADE | LEITO | DATA | NEGA |
| | | <i>05.10.20</i> | |

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|--|-----------------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | <i>SMS</i> |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | <i>Manten</i> |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV <i>12/04</i> | <i>24-25</i> |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | <i>06-12</i> |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | <i>06</i> |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | <i>SN</i> |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | <i>16-24-08</i> |
| 8 | SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | <i>SN</i> |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | <i>30m p.m.</i> |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | <i>SUSP.</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | <i>SN</i> |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | <i>Indica</i> |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | <i>Cura</i> |
| 15 | <i>Cefazolina 1g</i> <i>8/8h</i> | <i>02-06-24</i> |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |


Dr. Fernando Rezende
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2001

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

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

Ob 120/70 85 37°C


| SINAIS VITAIS | | | |
|---------------|---------------|-----------|-----------|
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | | | |
| 18 H | <i>120/60</i> | <i>95</i> | <i>36</i> |
| 24 H | <i>120/70</i> | <i>80</i> | <i>36</i> |

21 Temp 38°C



MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

*paciente no leito no pós-operatório de
 com feridas - fimplo físico - Presente -
 apêndice SSVV 10/03/2008*

104-2



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | |
|------------------|-----|----|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN |
|------------------|-----|----|

| | |
|----------|------------------------------|
| PACIENTE | MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA |
|----------|------------------------------|

| | |
|----------|---------------------------|
| GNÓSTICO | FX COLO FEMUR E + RADIO E |
|----------|---------------------------|

| | | | | |
|----------|-----|------|-----|------|
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
|----------|-----|------|-----|------|

| | | | | |
|-------|-------|-------|------|------------|
| IDADE | LEITO | 104-2 | DATA | 05/10/2019 |
|-------|-------|-------|------|------------|

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|------------|---------|
|------|------------|---------|

| | | |
|---|------------------|----|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SN |
|---|------------------|----|

| | | |
|---|--------------------------|-------|
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | Mante |
|---|--------------------------|-------|

| | | |
|---|----------------------|----|
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | SA |
|---|----------------------|----|

| | | |
|---|---------------------------|--|
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | |
|---|---------------------------|--|

| | | |
|---|--|--|
| 5 | | |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|----|
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | SA |
|---|--|----|

| | | |
|---|---|--|
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | |
|---|---|--|

| | | |
|---|-------------------------|----|
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | OG |
|---|-------------------------|----|

| | | |
|---|---------------------------------|----|
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | SN |
|---|---------------------------------|----|

| | | |
|----|---------------------------------------|----------|
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | 16-24-08 |
|----|---------------------------------------|----------|

| | | |
|----|------------------------|----------|
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | 16-24-08 |
|----|------------------------|----------|

| | | |
|----|----------------------------------|-------|
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | 22-10 |
|----|----------------------------------|-------|

| | | |
|----|--|--|
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--------------------------|---------|
| 14 | Retorno Monitorar ferida | Retorno |
|----|--------------------------|---------|

| | | |
|----|--|--|
| 15 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|----|
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG. | SN |
|----|--|----|

| | | |
|----|-------------------|--------|
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | Reduza |
|----|-------------------|--------|

| | | |
|----|-----------------|---------|
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | Cuidado |
|----|-----------------|---------|

| | | |
|----|--|--|
| 19 | | |
|----|--|--|

| | | |
|----|--|--|
| 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, | | |
|---|--|--|

| | | |
|-------------------------|--|--|
| NORMOCORADO, HIDRATADO. | | |
|-------------------------|--|--|

| | | |
|---------------|--|--|
| # SOLICITADO: | | |
|---------------|--|--|

| | | |
|--------------------|--|--|
| # CONDUTA: MANTIDA | | |
|--------------------|--|--|

| | | |
|----------------------------|--|--|
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: | | |
|----------------------------|--|--|

| | | |
|---------------------|--|--|
| # PREVISÃO DE ALTA: | | |
|---------------------|--|--|

| | | |
|---------------|--|--|
| SINAIS VITAIS | | |
|---------------|--|--|

| | | | |
|-----|----|----|----|
| 6 H | PA | FC | FR |
|-----|----|----|----|

| | | | |
|------|----|----|----|
| 12 H | CC | CC | CC |
|------|----|----|----|

| | | | |
|------|--|--|--|
| 18 H | | | |
|------|--|--|--|

| | | | |
|------|--|--|--|
| 24 H | | | |
|------|--|--|--|

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO | | | |
|---------------------------|--|--|--|

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| CRM-RR 2028 | | | |
|-------------|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| Residente de Ortopedia e Traumatologia | | | |
|--|--|--|--|



Atualizada: 12/2018

Protocollo n° 1

Paciente: marizon de Sousa

Data: 05 / 10 / 199



| Localização | | Região: <u>M.T.E</u> | | | |
|---|--|--|--|--|--|
|   | | Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II () | | | |
| () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: | | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: | | | |
| Etiologia | | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (<input checked="" type="checkbox"/>) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal (<input checked="" type="checkbox"/>) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: | | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: | |
| Aparência do Leito | | () Purulento (<input checked="" type="checkbox"/>) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: | | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: | |
| Pele Perilesional | | () Molhado (<input checked="" type="checkbox"/>) Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/>) Clorexidina 2% () Álcool 70% | | () Molhado () Úmido () Seco () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | |
| Tipo de Exsudato | | (<input checked="" type="checkbox"/>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: | | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: | |
| Quantidade de Exsudato | | () Diário () 48/48h () 12/12 | | () Diário () 48/48h () 12/12 | |
| Profissional que realizou procedimento: | | <i>Assinatura de João Miguel de Deus</i> João Miguel de Deus T.E. Enfermeiro COREN-RR 628 R/S | | <i>Assinatura de Maria N. de Jesus</i> Maria N. de Jesus T.E. Enfermeiro COREN-RR 628 R/S | |

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Maria Zom Ferreira de Oliveira

Leito: 104 - 2

Data: 06 / 10 / 19

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Localização | | Região: <u>mi e (fermen)</u> Grau: I () II () | | Região: _____ Grau: I () II () |
| Etiologia | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ | () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____ |
| Aparência do Leito | () Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____ | () Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____ | () Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____ | () Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema/ Rubor () Outro: _____ |
| Pele Perilesional | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____ | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____ | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____ | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____ |
| Tipo de Exsudato | () Molhado () Úmido () Seco | () Molhado () Úmido () Seco | () 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% | () 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: _____ | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ | () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____ |
| Cobertura primária | () 12/12 () 48/48h | () 12/12 () 48/48h | () 12/12 () 48/48h | () 12/12 () 48/48h |
| Troca | () 12/12 () 48/48h | () 12/12 () 48/48h | () 12/12 () 48/48h | () 12/12 () 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | <p>Silvia Paula de Silva Téc. em Enfermagem REC-001/2018 934.031</p> <p>Ana Carolina de Silva Téc. em Enfermagem REC-001/2018 934.522</p> | | | |

104-2

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

| | | |
|---------------------------------------|---|---------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN |
| PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | |
| AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA |
| IDADE | LEITO | DM2 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SUB |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | PRATELO |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | 7h |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | |
| 5 | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN | 7h |
| 7 | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | 06h |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | 5h |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | 08h |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | 10h |
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | 12h |
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | 10h |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | 5h |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | 10h |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | CURATO |
| 19 | | |
| 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,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO:
 # CONDUTA: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

| | | | |
|---------------|--------|-----|----|
| SINAIS VITAIS | | | |
| 6 H | PA | FC | FR |
| 12 H | 127/7 | 117 | - |
| 18 H | 120/70 | 121 | - |
| 24 H | 134/74 | 123 | - |

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
 CRM-RR 2028
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

06 p 127x7
 TC 123

Paciente no leito, higiene do e trocador
 longo m e r verificado ssvv na internação
 Paciente no leito, feito medicação
 ssvv cpm.

Diana Rafaela Wessingh
 Técnica em enfermagem
 CRM-RR 554 074-TT

Coordenadora de Enfermagem
 COREN-RR 419327-AE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Martim da Silva*

Leito: *104 - 2*

Data: *07/10/2014*

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Localização | | Região: <i>MSSE</i> | | Região: _____ |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: I () II () <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Aparência do Leito | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Pele Perilesional | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% |
| Solução de Limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Cobertura primária | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ |
| Troca | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | Francilene C. Mendes TCC em Enfermagem COREN/RN 553528 TEO | Francilene C. Mendes TCC em Enfermagem COREN/RN 553528 TEO | Francilene C. Mendes TCC em Enfermagem COREN/RN 553528 TEO | Francilene C. Mendes TCC em Enfermagem COREN/RN 553528 TEO |

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

| | | | |
|--|--|---|------------------|
| Bloco: A | Data: 08.10.19 | Enfermaria: 104 | Leito: 02 |
| Nome Completo: Marianna Ferreira de Oliveira | DN: 21/10/86 | Sexo: () F (X) M | |
| Hipótese Diagnóstica: | <input type="checkbox"/> Isolamento ou Precaução <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos | | |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Qual (is): | Qual idioma: | |
| Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Obs: | | |
| Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante | | |
| SISTEMA NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage | | SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico BC: 125x83mm PA: 125x83mm Pulso: 108 | |
| PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Fotoreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes | | ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena pastosa Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input checked="" type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre 37,5°C <input type="checkbox"/> Hiperpirexia | | REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico Fluidos Hidroaéreos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE <input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Restecada <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercoreada <input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | | SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen | |
| Região: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: FR=2l/min | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Data: 07.10.19 | | | |
| Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Sinais de infecção no sítio da punção: Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG Dreno de: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG Cateter Vesical: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Local: M50 Local: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Aspecto da secreção: <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT Data da instalação: <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Tipo: <input type="checkbox"/> Quantidade: | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input checked="" type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | |
| Risco de lesão por Pressão <input type="checkbox"/> Risco de Quedas <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | | | |
| Escala de Morse | | | |
| 1. Histórico de Queda Não <input checked="" type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 25 | | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não <input type="checkbox"/> 0 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 20 | |
| 2. Diagnóstico Secundário Não <input checked="" type="checkbox"/> 0 Sim <input type="checkbox"/> 15 | | 5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado <input checked="" type="checkbox"/> 0 Fraca <input type="checkbox"/> 10 Comprometida/Cambaleante <input type="checkbox"/> 20 | |
| 3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado <input checked="" type="checkbox"/> 0 Muleta/Bengala/Andador <input type="checkbox"/> 15 Monitorário Parado <input type="checkbox"/> 20 | | 6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações <input checked="" type="checkbox"/> 0 Superestima capacidade/Esquece limitações <input type="checkbox"/> 15 | |
| TOTAL: 20 | | Risco Baixo: 0 - 24 <input checked="" type="checkbox"/> Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 | |
| Prescrição para prevenção de queda no verso | | | |

104-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|--------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA | | | | | |
| AGNÓSTICO FX COLO FEMUR E + RADIO E | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | | LEITO | 104-2 | DATA | 09/10/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | 6ND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manter |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N | | | | SU |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN | | | | SU |
| 5 | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT | | | | SU |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM | | | | |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | | 06 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | SU |
| 10 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | | NTF 08 16:24 |
| 11 | CLEXANE 40MG SC 1X DIA | | | | 16 |
| 12 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | | 12 18:24 06 |
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | | 16 22 |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | SU |
| 17 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | Rotina |
| 18 | CURATIVO DIÁRIO | | | | Curativo |
| 19 | | | | | |
| 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,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 #SOLICITADO:
 #CONDUTA: MANTIDA
 #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 #PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS | | | | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM-RR 2028 Residente de Ortopedia e Traumatologia |
|---------------|--------|-----|------|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 126x77 | 112 | 36,9 | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

12h → Pct. no leito, sem queixas algéicas; item @, NTF, a ferida
 SSVV, segue aos cuidados

Handwritten signature
 Prontuário Médico
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 Hospital Geral de Roraima



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Maria Rosa Silva Oliveira

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.

2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente:

Maria Rosa Silva Oliveira

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

Grau de Parentesco: _____

CPF nº: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20____, Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

HC dia 09/10/19
respostas



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

MANOEL FERNANDES DE OLIVEIRA

BLOCO/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

DATA DA ALTA: 22/10/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

Paciente de 47 anos masculino, com queixa de dor no peito, diagnóstico de osteossarcoma de mama.

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE INTERNAÇÃO:

TRATAMENTOS REALIZADOS:

Osteossarcoma de mama, com tratamento com quimioterapia e cirurgia.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNÓSTICO(S) NA ALTA:

Osteossarcoma de mama + Doença.

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

Dr. Marcus Brenner
CRM-RR 1917

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO



marizon ferreira de oliveira
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:
Data: 12/10/2019

Nr: 2580
Tec: TR. WEIDELL

1-3-14



marizon ferreira de oliveira
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:
Data: 12/10/2019

Nr: 2580
Tec: TR. WEIDELL 79.1 %

ID:

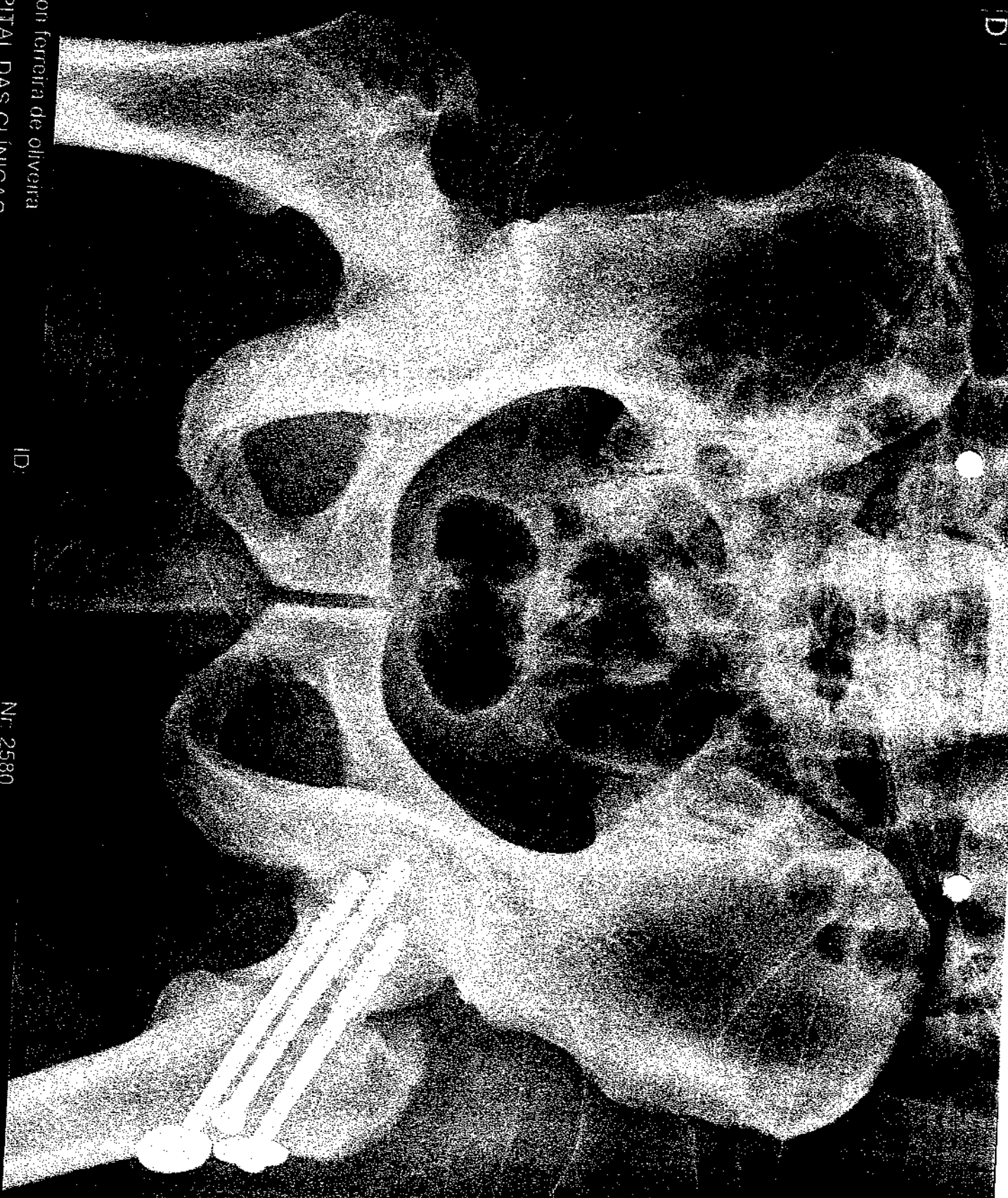
marizom ferreira de oliveira
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:

Data: 12/10/2019

Nº: 2580

Tec: TR. WEIDELL 63,0 %



1-3114

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, 27/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

RORAIMA ENERGIA S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 4084040

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2019 | 06/12/2019 | 327 | 301,24 |

MILTON FERREIRA DE OLIVEIRA
AV CB PH JOSE T A MACEDO 220 6 - CARANA
CEP: 69.313-595 - BOA VISTA

CPF: 00014278049234

| DADOS DA LEITURA (KWH) | DATAS DA LEITURA | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Atual: 18897 | Atual: 22/11/2019 | Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2 |
| Anterior: 18570 | Anterior: 20/10/2019 | Classe/Subclasse: RESIDENCIAL |
| Dias de consumo: 30 | Próxima leitura: 12/12/2019 | Ligação: RITMICA |
| Constante de Multiplicação: 1.000 | Emissão: 23/11/2019 | Número Medidor: 14E0805779 |
| Consumo medido: 327 | Apresentação: 22/11/2019 | Forma de Faturamento: NORMAL |
| Consumo Faturado: 327 | | Modalidade: N 1503729 |

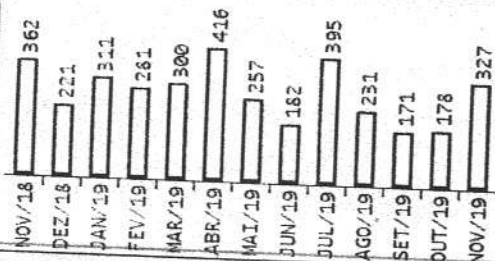
| DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| CONSUMO | 327 A R\$ 0,770011 = 251,79 |
| MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00 | 2,55 |
| JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00 | 0,50 |
| MULTA POR ATRASO 09/19-00 | 2,72 |
| JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00 | 1,63 |
| ILUMINACAO PUBLICA | 42,05 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 327 - 0,622263

Média 12 meses: 325

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 06/12/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mês/Ano Valor R\$
10/2019 202,55

PRODUTOR FISCAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA SOCIAL DEED. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: ABAJOSSE MÊDIO -2,12% NEGATIVAS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019. LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 761E.4FBE.D79D.4C10.1CD4.7E62.28A1.4112

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | |
|---------------------------|-----------------|
| Energia: 136,15 | Encargos: 7,71 |
| Distribuição: 59,63 | Tributos: 48,30 |
| Transmissão: 0,00 | |

| IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ | |
|------------------------------|--------------------|
| Base de Cálculo: | ALÍQUOTA VALOR |
| 251,79 | ICMS: 17,00% 42,80 |
| | PIS: 0,37% 0,95 |
| | COFINS: 1,00% 4,55 |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------|------------|-------|------------------------------|------------|-------|-------------|--------|
| | DIC | | | FIC | | | DMIC | DICRI |
| | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |
| Limite | 9,24 | 18,49 | 36,99 | 8,46 | 16,92 | 33,84 | 4,99 | |
| Realizado | 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | |
| Conjunto | FLORESTA | | | Período de apuração: 09/2019 | | | EUSD: 56,10 | |

ROT: 7.001.15.02.357720



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0090609-3

TOTAL A PAGAR - R\$

301,24

MÊS FATURADO

11/2019

VENCIMENTO

06/12/2019

Nº da Nota Fiscal: 4084040

FCAM*

83600000003 1 01240075000 1 000000000090 1 60931119008 4



SEQ.: 0086 UC: 0090609-3 DT. LEIT.: 22/11/2019 T. ENTR.: 04
LEITURA: 18897 NORMAL TOTAL: 301,24 CARGA: 011
DT. VENC.: 06/12/2019 TRREG.: 000 COLETOR: 4041



CNPJ: 05.938.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.4
RUA NELVIN JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP. 09.306-510

ATERAMENTO
CAEP
0000 230 9520
www.caep.com.br

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

RUA ACRE, 569/1 - BAIRRO DOS ESTADOS BOA
VISTA RR 69385-510

Inscrição

001.008.057.0089.001

Rota

3

Seq. Rota

4358

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y12S469563

Data de instalação

31/10/2012

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

807

CONSUMO (m3)

8

NUM DE DIAS

32

LEITURA FAT. 799

LEITURA INF.

DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 7-0
201906 10-0
201905 15-0
201904 14-0
201903 11-0
201902 12-0

MEDIA 11

| Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor | | | | | |
|---|-------|----------|-----|----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição | | | | | |
| DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M | | | | | |
| AMOSTRAS | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTAIS | E.COLI |
| EXIGIDAS | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ANALISADAS | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| CONFORMES | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO:

15/09/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

IMPRESSO EM: 13/08/2019 08:47:06

Via do Cliente

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yana Dirce Guimarães Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 462.732.616-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marizon Ferreira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.306.562-49 do sinistro de DPVAT cobertura invalidéz da Vítima Marizon Ferreira de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 900.306.562-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

RG e CPF

☒ Recuso informar

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

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

| | | | | | | |
|----------|--------------------------------|--------|------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| Endereço | <u>Rua Acre</u> | | Número | <u>569</u> | Complemento | <u>Casa</u> |
| Bairro | <u>Costados</u> | Cidade | <u>Boa Vista</u> | Estado | <u>RR</u> | CEP |
| Email | <u>yanadiv@dpvat@gmail.com</u> | | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| | | | | | <u>(95) 9.9119-0143</u> | |

Boa Vista de 27 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724364

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724364

Vítima: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 4.050,00 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 4.050,00**

Banco: **001**

Agência: **000000250-X**

Conta: **00000211641-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 900.306.562-49 4 - Nome completo da vítima: Marizon Ferreira de Oliveira

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

5 - Nome completo: Marizon Ferreira de Oliveira 6 - CPF: 900.306.562-49
7 - Profissão: Comerciante 8 - Endereço: Av. CB PM José T.A. Macedo 9 - Número: 220/16 10 - Complemento: apartamento
11 - Bairro: Caranã 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-595
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (95) 9.9119-0143

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0250 X CONTA: 211.641 3 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista, 27/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032601/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:31 Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:43
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº811171 SÉRIE I Data: 26/09/2019
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/09/2019 10:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Av: Parimé Brasil

Complemento: crumento com Rua Dr. Zamenhof

Bairro: Caranã

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (ART. 303 CAPUT DA LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MATEUS INÁCIO DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 4

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: CBPM José Tabira de Alencar

Bairro: Caranã

Nº: 220

Nome Civil: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA (VÍTIMA , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 33

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Rosa da Silva de Oliveira

Nome do Pai: Milton Ferreira de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 900.306.562-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: CBPM José Tabira de Alencar

Bairro: Caranã

Telefone: (95) 99131-9884 (Celular)

Nº: 220

Nome Civil: ROSANGELA BEZERRA FRANCISCO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade 39

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Dr. Zamenhof

Bairro: Caranã

Nº: 1053



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: José Maria de Souza Moura
Data de Impressão: 27/12/2019 09:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032601/2019-A01

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR


OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM informa que foram acionados para atender uma ocorrência de acidente de trânsito, onde segundo relatos de Marizon Ferreira, o qual informou que transitava pela Av: Parimé Brasil na motocicleta Honda FAN CG 150, de cor preta e placa NUI-3253, sentido centro/bairro, momento em que a suposta autora, a qual transitava pela rua Dr. Zamenhof, em seu veículo, sendo este um VW Gol de cor branca e placa NAU-5196, conduzido por Rosangela Bezerra, invadiu a preferencial, não dando tempo do Sr. Marizon Ferreira evitar a colisão, vindo a colidir na lateral do GOL. Que segundo Rosangela Bezerra, não foi possível visualizar a motocicleta devido a mesma ter ficado no "ponto cego" de seu veículo. Que Mateus Inácio e Marizon sofreram várias lesões pelo corpo e foram levados ao Hospital da Criança e HGR respectivamente. Que a perícia esteve no local, os veículos estavam com as documentações em dia e foram liberados ainda no local. Que a Sra Rosangela realizou o teste do etilômetro, o qual teve como resultado 0,00mg/l. É o relato.

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento

"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."



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 811.171

27/09

| | | | | | | | |
|----------|--------------|------------------|---------|----------|----------|----------|----------|
| Vtr | SUCp | Data | S/Setor | H/Trans. | H/ini | CH/h | H/Fin |
| CIP. 03 | Ciptur | 28/09/19 | LESTE | 10h50min | 10h50min | 11h00min | 13h50min |
| Cód. Oc. | Cód. Prov. | Cód. Ser. Prest. | Kml. | KmF. | | | |
| 1001 | 13006/ 13999 | | 144710 | 144760 | | | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA

END: Av. PARIMÉ BRASIL C/ RUA DRº Nº S/N Bairro CARANÁ Ref.: CRUZAMENTO ZEMANHOF

PESSOAS RELACIONADAS

1 ENVOLVIDO Nome: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA Idade: 33 E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR Nº 220 Bairro: CARANÁ

RG: 273530 SSP/RR CNH: 06637333490 Profissão: AUTONOMO
CPF: 900.306.562-49 Telefone: 99124-9625

2 ENVOLVIDA Nome: ROSANGELA BEZERRA FRANCISCO Idade: 39 E. Civil: Solteira
Endereço: RUA DRº ZAMENHOF Nº 1053 Bairro: CARANÁ

RG: 183320 SSP/RR CNH: 03873729240 Profissão:
CPF: 678.827.142-91 Telefone: 99111-9747

3 VITIMA Nome: MATEUS INÁCIO DE OLIVEIRA Idade: 04 E. Civil: -----
Endereço: RUA CB PM JOSÉ TABIRA DE ALENCAR Nº 220 Bairro: CARANÁ

RG: CNH: Profissão:
CPF: Telefone:

VEICULOS ENVOLVIDOS

- VEICULO ITEM01: HONDA/ CG 150 FAN, COR PRETA, PLACA NUI-3253.
- VEICULO ITEM02: VW/ GOL, COR BRANCA, PLACA NAU-5196.

DANOS MATERIAIS CONFORME PERICIA.
RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve conduzidos e materiais apreendidos apresentados.

ASSINATURA CARGO APC LOCAL 3º DP/ 15:00

HISTÓRICO

SENHOR (a) DELEGADO (a)

Fomos acionados via CIOPS para atender um acidente de trânsito com vítimas de lesão corporal no local e hora supracitados. No local já se encontrava a guarnição do GIRO ALFA isolando o local. QUE segundo relatos dos envolvidos, o citado no ITEM-1 estava conduzindo a motocicleta FAN* na Avenida Parimé Brasil sentido centro/bairro, e a citada no ITEM-2 estava conduzindo o veículo GOL* na Rua Drº Zamenhof sentido Rua Walmir Pereira da Rocha/ Rua José Ricardo Neto, momento em que no cruzamento das vias a motocicleta colidiu na lateral do automóvel. QUE segundo a ITEM-2 não viu a motocicleta no momento em que atravessava a via, que estava no ponto cego da sua visão. QUE o ITEM-3 estava na garupa da motocicleta e sofreu diversas escoriações pelo corpo e o ITEM-1 sofreu diversas escoriações pelo corpo e possível fratura na perna esquerda. QUE o ITEM-1 e ITEM-3 foram removidos para o HGR e Hospital da criança respectivamente. QUE a pericia foi realizada no local do acidente pelo Perito PC Silvio Monteiro. QUE os veículos estavam em dia, ficando a motocicleta sob responsabilidade Mauricio da Silva Oliveira (CNH:04792194413), irmão do ITEM-1 e o carro liberado a ITEM-2. QUE a ITEM-2 não sofreu lesão físicas e dispensou atendimento medico. QUE foi oferecido teste no bafômetro a Item-2, sendo realizado resultando em 0,00 mg/L. QUE a via foi liberada. Era o que tinha a informar.

R. OLIVEIRA

40.994-4
CADASTROCB PM
GRADUAÇÃO

CIPTUR

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-P2-P3
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 28/09/19
Assinatura

Adailson Santos da Silva
Func. Civil PM/RR
Mat. 44005023

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIZON FERREIRA DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000211641-3

Nr. da Autenticação DCFE7310AFC048A9