

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **043.691.753-05** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **043.691.753-05**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

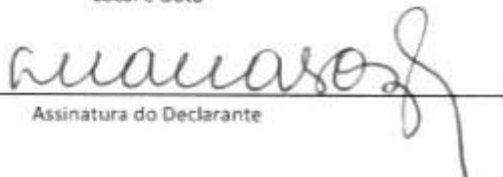
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 06/12/19

Local e Data


Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **043.691.753-05** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **043.691.753-05**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

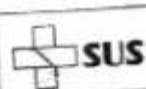
Boa Vista-RR, 06/12/19

Local e Data


Assinatura do Declarante

NIR

transf: 30108119


 Sistema
 União 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)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

 HOSPITAL GERAL DE ROBERTO
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/Nº
 Novo Horizonte Tel (951) 3221-0530
 AUTENTICACAO

 21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CID TERCIÁRIO
 24 - CID QUATRO
 25 - CID CINCO
 26 - CID SEIS
 27 - CID SETE
 28 - CID OITO
 29 - CID NOVE
 30 - CID DEZ

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPP

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

 0408040190
 5730
 1799
 Aihoy - 0408050098



BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

17.08.19

O.S.

Luis de Paiva, Alva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

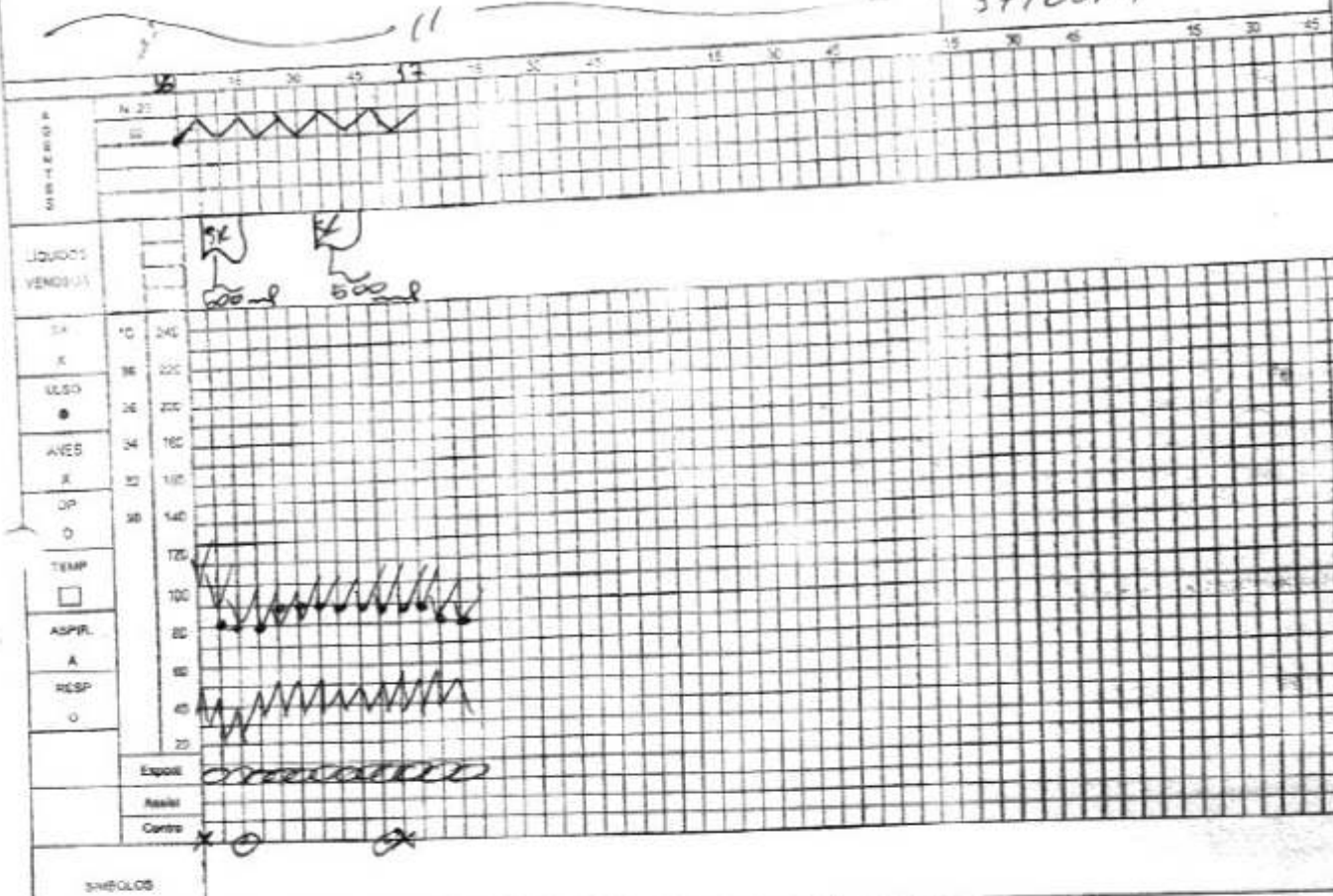
- 1) Retirar os fios antigos
- 2) ~~analisar~~ manobra de alar patz de Shere
- 3) Redução da guarnição Esquerda patz de
- 4) Control radiológico pós intervenção de
- 5) manobra para fazer interligação, opto-
por colocação de fios e guarnição parietal
com fio 5.4.0mm. 1) curativo 2) fha.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N
Instituição: 15-01-1981 4113-0670
AUTENTICAÇÃO

11/IV/2019

Cartão e documento que a presente
é a reprodução original
de todo o conteúdo deste documento

17/08/19



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>Propofol 1mg/kg</i>		<i>Propofol 1mg/kg</i>	<i>x monitor, popo + decomp</i>
B.		<i>Ambr 80%</i>	<i>③ Antimigra 1mg/kg</i>
C.		<i>Vent 6 loco.</i>	<i>ionto com decomp 70%</i>
D.		<i>espontânea</i>	<i>+ Puncão 20-25mm 6x16</i>
E.			<i>agulha 26 G de Oxiato</i>
F.			<i>Mediana 1/2 ca. 5m</i>
W. COOP	LÍQUIDOS	Canula - Nudo / Oro Prolong	<i>Extensão. 1.5m com 1.5m</i>
FOCO		Haste / Oxiato / Cegri	<i>Nanotubo.</i>
SANGUE		Rol - Tente - Calfon do Tote	<i>③ Injeção de 1/2 ca. 1.5m</i>
		Solo Mente	<i>Largura - Esp. 1.5m 1.5m 1.5m</i>
		Oxiato / Cegri	<i>Depressão Nervosa - 1.5m 1.5m</i>
50.91	1000 ml	TENHO DE ANE 1.5m	<i>"Buckling" - 1.5m 1.5m</i>
TOTAL	1000 ml	45 min	<i>Hemorragia - Antimigra</i>
CHL 1.5m			<i>Sted Tagicardis - Choque</i>
<i>Redução luxação de Oxiato</i>			
<i>Dr. Paulo / Dr. Rogério</i>			
<i>PERICUTANÉIA</i>			

Dr. Paulo / Dr. Rogério
Médica CRM/RJ 1424
Anestesiologista RQE 161

- Sotifotais
- ③ Efedrina 5mg/100
 - ④ Tenotico 20mg/10
 - ⑤ Dimens 20mg/10
 - ⑥ At disupto ao RPA.



Lucas de São Silva

Setor/Leito: 627

Sector/Leito: 17

Data: 17/08/19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA						
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Horário	PA	SPO2	ALDRE-TE	DOR 0/10	
1. Informações: Jejum ☒ Sim ☐ Não Prótese ☐ Sim ☒ Não Exames ☐ Sim ☒ Não Reserva UTI ☐ Sim ☒ Não Lateralidade ☐ Sim ☒ Não PNE ☐ Sim ☒ Não Alergia ☐ Sim ☒ Não Qual: ☐ Sim ☒ Não Reserva de Hemoderivado: ☐ Sim ☒ Não Outros: ☐ Sim ☒ Não		15:40h	16:00	16:05	16:50			Repo	Localização	0'				
2. Chegou ao Centro Cirúrgico: ☐ Desambulando ☒ Consciente ☐ Com Suporte de O2 ☐ TOT ☐ Agitado		Luxação Frontal (Anestesia)		Posicionamento D. Dorso					15'	87	100			
3. Sinais Vitais: T: _____ °C R: _____ rpm FC: 66 bpm PA: 131 x 77 mmHg SAT: 98% ☐ Regular ☐ Irregular		Hidratação Infundida Nome: Doul Dose: _____ Hora: _____ Outros: _____ N° de Compressas oferecidas: _____ N° de Compressas recolhidas: _____ Exames na SO: ☐ HT ☐ Hb ☐ Hemograma ☐ RX ☐ Gasometria ☐ Outros: _____		Antibióticoterapia Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ Outros: _____ N° de Compressas oferecidas: _____ N° de Compressas recolhidas: _____ Exames na SO: ☐ HT ☐ Hb ☐ Hemograma ☐ RX ☐ Gasometria ☐ Outros: _____					30'					
4. Anotações (Admissão do Paciente): (Anestesia)		Legenda: 1. Eletrodos ☒ 2. Oxímetro 3. Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 ☒ 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim N° _____ 12. SVD () Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____		Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: 85 bpm PA: 110 x 70 mmHg SAT: 99% ☐ Regular ☐ Irregular					45'					
5. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): (Anestesia)		Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: 85 bpm PA: 110 x 70 mmHg SAT: 99% ☐ Regular ☐ Irregular		Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: 85 bpm PA: 110 x 70 mmHg SAT: 99% ☐ Regular ☐ Irregular					01:30h					
6. Anotações (Evolução/Alta do Paciente): (Anestesia)		Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: 85 bpm PA: 110 x 70 mmHg SAT: 99% ☐ Regular ☐ Irregular		Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: 85 bpm PA: 110 x 70 mmHg SAT: 99% ☐ Regular ☐ Irregular					2h					

DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Plano: Lucas de Souza Silva
 Responsável Cirúrgico: Dr. Paulo

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: CONFIRMOU:

() Identidade
 () Sítio Cirúrgico
 () Procedimento
 () Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

/ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DE M. RATO

/ Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 CONCLUI

PROXIMIDADE DE PULSO NO PACIENTE EM
 FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

/ Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

/ Não () Sim, e equipamento/resistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

/ Não () Sim, e equipamento adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Hora:

Data:

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Felipe / Dr. Emanuel

ANTES CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
 EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
 FUNÇÃO: / Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
 CONFIRMARAM VERBALMENTE:

/ Identificação do paciente
 / Sítio cirúrgico
 / Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
 operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há algum preocupação específica em relação ao paciente

/ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
 outros estão presentes e dentro da validade de
 esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
 questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
 preocupações.

Cabe de Paciente / Sem interrupção / Não
 A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
 REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

SAÍDA

(Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
 OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
 VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
 REGISTRADO
 () Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
 CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
 ESTÃO CORRETAS
 () Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
 PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
 (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
 () Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
 PARA SER RESOLVIDO
 () Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
 EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
 PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
 RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
 () Sim () Não () Não se Aplicam

Assinatura: *Anna Rita da Silva*
 Assinatura: *Carimbo*

Bloco 4 n.º 70

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DM	
PACIENTE	<i>Paulo de Souza Filho</i>				
AGNÓSTICO	<i>1º catábulo + Dorato Quatun, instauração de catábulo</i>				
ALERGIAS	<i>None</i>	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>27/08/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SWD
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>SN</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>16:30 24/10</i>
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>18:30 28/12</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>22:10</i>
12	<i>Prescrição de acordo com o médico.</i>				
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
17	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
18	CURATIVO DIÁRIO				<i>Rotina</i>
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: # CONDUÇÃO: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H	<i>100 x 70</i>	<i>70</i>		<i>36</i>	
24 H	<i>100 x 63</i>	<i>89</i>		<i>36,9º</i>	
MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					

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

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

PACIENTE: **lucas de souza silva**

AGNÓSTICO: **ix quadril D**

ALERGIAS: **HAS** **DM2**

IDADE: **LEITO** **maca 70** **DATA** **18/08/2019**

ITEM **PRESCRIÇÃO** **HORÁRIO**

1 **DIETA ORAL LIVRE** **8h**

2 **SF 0,9% 500ML EV S/N** **2h**

7 **METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N** **7h**

8 **DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H** **do 1h a 2h**

9 **TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA** **2h**

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

11 **SSVV + CCGG 6/6 H** **no**

12 **CURATIVO DIÁRIO** **no**

13 **illexan 40g SC 1x/d 5** **5h**

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

CONFORME ESQUEMA: 200-250: **2UI**; 251-300: **4UI**; 301-350: **6UI**;

351-400: **8UI**; ≥ 400: **10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE**

50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO,

ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO,

ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

6H PA FC FR

12 H 130+10 80 36,2

18 H 130+80 92 36,2

24 H 114+79 74 36,7

06 H 123/89 92 - 36,3°C

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

70

A-70

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA					
AGNÓSTIC LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	33	LEITO	70	DATA	19/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTEL
3	SF 0.9% 500ML EV S/N				6/12/18 24h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				6/12/18 24h
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				6/12/18 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				6/12/18 24h
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				6/12/18 24h
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				6/12/18 24h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				6/12/18 24h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				6/12/18 24h
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				6/12/18 24h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				6/12/18 24h
13	CLINDAMICINA 600MG VO OU EV DE 6/6H				6/12/18 24h
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				6/12/18 24h
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				6/12/18 24h
17	SSV + CCGG 6/6 H				6/12/18 24h
18	CURATIVO DIÁRIO				6/12/18 24h
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 DUL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.
- # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA.
- # SOLICITADO:
- # CONDUITA: MANTIDA
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Vitor Montenegro
 Traumatologista
 CRM-RR 858

06hs: Paciente no corredor do bloco, não deambulava, feito SSV, medicação CPM, sem queixas no momento.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TT
12 H	150/77	93	22	36,5
18 H	110/70	90		36
24 H	134/82	90	20	36,4

12hs paciente no leito, feito exame físico, sem queixas, sem sinais de infecção.

Renato Gonçalves Barbosa
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 885.057 TE

06hs: P.A.: 123/82
 T: 36,6°C
 FC: 83
 FR: 19
 T.E Antônio
 Coren: 78422



FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: A-70

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM () NÃO ENTRADA: 17/08/2019
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA....)

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Lucas de Sousa Silva
DATA DE NASCIMENTO: 10/11/1985 IDADE: 33 anos
SEXO: () FEM. (x) MASC. TELEFONE: _____
NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____
ENDEREÇO: Rua Curitiba
Nº 761 BAIRRO: Nova Cidade CIDADE: Boa Vista/RR
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: Antônio da Silva
PARENTESCO: pai CONTATO: 991417789 (mãe/Rosiane)
POSSUI DOCUMENTOS: () SIM () NÃO
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO SE SIM, QUAL? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM () NÃO
() BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO DOENÇA () OUTROS: _____

III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

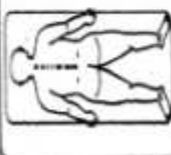
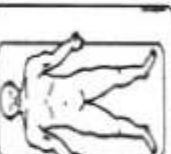
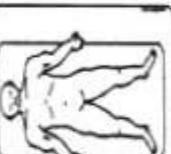
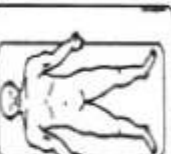
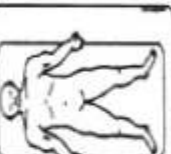
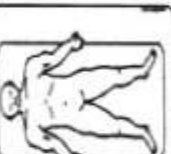
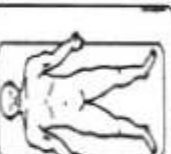
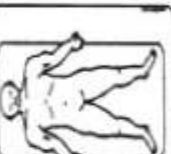
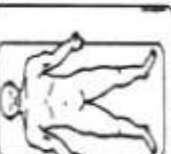
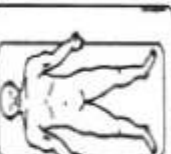
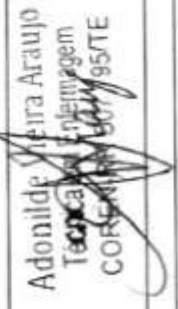
Paciente vítima de acidente moto/veículo. Tem conhecimento do seguro DPVAT, está na companhia do pai. Ambos devidamente acolhidos e orientados sobre a rotina do hospital.

ASSISTENTE SOCIAL: Maria de Rosário Prado Cordeiro

DATA: 19/08/2019

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR				
	Paciente: <u>Lucas de Sousa Silva</u>		Data: <u>10/10/2019</u>		
Leito: <u>70</u>					

Localização		Região: <u>pé direito</u> Grau: I () II ()		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Q</u> Tração <u>Q</u> 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 () Esfaco () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfaco () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfaco () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RB 000.955/TE	Selma Rauli F. da Silva Técnica em Enfermagem COREN-RB 000.955/TE		
Observações:				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Jucas de Sousa SilvaLeito: 70Data: 20/08/19

Localização		Região: <u>MD</u>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I (<u>X</u>) II ()	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	(<u>X</u>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	(<u>X</u>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo (<u>X</u>) Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Molhado () Úmido <u>X</u> Seco	() Molhado () Úmido <u>X</u> Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% <u>X</u> Clorexidina 2% () Álcool 70%	(<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% <u>X</u> Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Solução de Limpeza	(<u>X</u>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	(<u>X</u>) 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 <u>X</u> Diário () 48/48h	() 12/12 <u>X</u> Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Troca				
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viana</u> Autuária de Enfermagem COREN-RR 1449-708	<u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.554		

A70 (corredor)

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
------------------	-----	------------	----	------------

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNOSTI LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETABULO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 33 LEITO 70 DATA 21/08/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL livre S/N

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO MANHÃ

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

4 DIPIRONA 500MG EV 6/6H

5 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

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

7 NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4

8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

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

10 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN

11 TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN

12 CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA

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

14 SSVV + CCGG 6/6 H

15 CURATIVO DIÁRIO

16

17

18

19

20

21

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 UI 251-300 4UI 301-350 8UI 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, SEM QUEIXAS ALGICAS
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.
SOLICITADO:
CONDIÇÃO MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	123x66	83	36°C
18 H	120x70	86	36,2°C
24 H	130x70	78	36,3°C

ob h 1335/68 89

Ob h: Pac tranquilo, no leito, sem queixas de dor, com medicações conforme prescrição médica.

Seguir com cuidados de enfermagem.

Diana
Diana Sotomayor Ferreira Nêto
ROR 870.083-1

10.05h - Realizado coleta de sangue para exame, entregue ao laboratório. Às 12h - Pac. segue na mesa de redução, medicando, CPM, afeite SSVV

Insiete Santos da
Técnica em Enfermagem

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 33 LEITO 70 DATA 22/08/2019

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

1	DIETA ORAL livre	SN
---	------------------	----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manuten
---	--------------------------	---------

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

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

5	CURATIVO DIÁRIO	quatro
---	-----------------	--------

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

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
---	---	----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SN
---	-------------------------	----

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

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
----	--	----

11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
----	----------------------------	----

12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SN
----	---------------------------	----

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

14	SSV + CCGG 6/6 H	Capt + 12.00h
----	------------------	---------------

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, SEM QUEIXAS ALGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	83	17	36.6°C
18 H	110x60	63	19	36.8°C
24 H	100x60	80	—	37.2°C

Dr. Marcelo Arruda
 Ortopedista Traumatologista
 CRM-RR 1243 ROE: 590

12.00h. Afundar SSVU

PA 120/80
 FC 87

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Lucas de Sousa Silva

Leito:

Data: 22/10/2019



Localização		Região: <u>perna direita</u>		Região: _____
Etiologia		Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>D</u> Tração <u>+</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		Grau: I () II () () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional		() Normal () Macerado <u>+</u> Seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo <u>+</u> Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato		() Molhado () Úmido <u>(+)</u> Seco		() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza		<u>(+)</u> Soro Fisiológico 0,9% <u>(+)</u> Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária		<u>(+)</u> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca		() 12/12 <u>(x) Diário</u> () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 965.152/TE
Observações:				



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE **LUCAS DE SOUSA SILVA**

AGNÓSTICO **LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO**

ALERGIAS

HAS	NEGA	DM2	NEGA
-----	------	-----	------

IDADE **33**

LEITO	117-1	DATA	23/08/2019
-------	-------	------	------------

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

1	DIETA ORAL livre	
---	------------------	--

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	SND
---	--------------------------	-----

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

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

5	CURATIVO DIÁRIO	
---	-----------------	--

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

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
---	---	----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SN
---	-------------------------	----

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

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
----	--	----

11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
----	----------------------------	----

12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	18h
----	---------------------------	-----

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

14	SSVV + CCGG 6/6 H	
----	-------------------	--

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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS.

SOLICITADO:

CONDUITA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

06h. PA - 100x60 P. B2. T. 36°

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122x68	87	16	36,5°C
18 H	100x60	89	-	36,3°C
24 H	100x60	71		36°

12:00h. Afetado SSVU.

Celia M. Arruda
 Enfermeira
 CRP-RR 1243/BOE-500

Dr. Marcelo Arruda
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-RR 1243/BOE-500

18:00 PCE sem queixa adm. medicação
 cpm SSVU sem alteração

Celia M. Arruda
 Enfermeira
 CRP-RR 1243/BOE-500

06h. Afetado SSVU



FEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

Lucas de Sousa Silva

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

A

ENFERMARIA:

LEITO: 117-1

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Ortopedia

PARA:

Bucomaxilo

Dados Clínicos:

paciente jovem com trauma
em colapso de fratura óssea com
linhas dolorosas em condroide
oral. Solto ovidos e corado.
GRATO!

23.8.19

Data

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 904

Médico

Paciente avaliado pela Bucomaxilo, ao
exame clínico, aparentemente não houve
fratura em face, foi radiado RT
para conclusão do diagnóstico. Apresenta
lamocai em região de lábio inferior
e ulna traumática em lábio sup.
CD: Dehidramento da face + clareira
0,12%.

Dra. Silvana Ruiz Da Silva
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilo Facial
CRO RR 946

26.08.19

Data

Médico

117-1

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

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 17/08/2019 DN: 10/11/1985

PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO: LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: _____ HAS: NEGA DM2: NEGA

IDADE: 33 LEITO: 117-1 DATA: 24/08/2019

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1	DIETA ORAL livre	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5	CURATIVO DIÁRIO	retirar
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	SN
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SN
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
14	SSVV + CCGG 6/6 H	retirar
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

106 WTF

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, COM QUEIXAS ALGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL, COM QUEIXA ÁLGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.
 # SOLICITADO:
 # CONDUÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	140x96	FC 88	FR 14	36°C
12 H	116x60	84		36,4°C
18 H	100x70	90		36,3°C
24 H	130x90	100	14	36,4°C

Dr. Augusto Cavalcante
 Med. Cirurgião
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1564

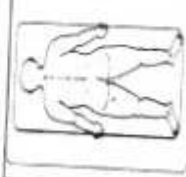
Após 18h post o no leito sem queixas algicas medu e PM Orlen



117-1

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2013
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: LUCAS DE SOUZA SILVA Leito: 117-A			

Data: 24/08/19	
Localização	
Etiologia	Região: MID Grau: I ☒ II ☐ () LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☒ Tração ☐ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	() Normal () Macerado ☒ Seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo ☒ Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido ☒ Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	BRUNO S. PEREIRA Técnico de Enfermagem COREN-RR 816.336
Observações:	MARIA DE RITA N. VIANE Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.703



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA					
AGNÓSTICO LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO					
ALERGIAS					
IDADE	33	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	117-1	DATA	25/08/2019		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				5+0
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				manhã
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				SP
5	CURATIVO DIÁRIO				M.
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA				SP
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SP
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SP
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				SP
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				SP
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				SP
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SP
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SP
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, COM QUEIXAS ALGICAS.
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA.
 # SOLICITADO:
 # CONDUÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

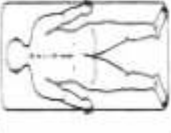
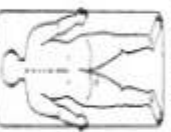
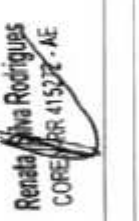
Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: Lucas de Souza Silva	Data: 25/08/19		
Leito: 117,1					

Localização	 	Região: <u>M.D</u> Grau: I () II (<u>X</u>)	 	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: _____	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Selma Ribeiro da Silva Enfermeira CRP 41527-AE		 Renato Silva Rodrigues COREN 41527-AE	
Observações:				



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA
IDADE 33 LEITO 117-1 DATA 26/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	SNA
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANUTEN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	
5	CURATIVO DIÁRIO	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
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 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Vitor ...
Trauma - Ortopedia
CRM 111.111



SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H	105x67	87	36.6
18 H	100x70	80	36.1
24 H			

Plantão matutino ...
Pet acordado LOTE realizado
SSVV e medicação de horário
repta por e administrado
item 4.

066: PA: 110x70
P: 89
T: 36.8°C

117-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia	
PRESCRIÇÃO MÉDICA	

DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE **LUCAS DE SOUSA SILVA**

AGNÓSTI **LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO**

ALERGIAS

	HAS	NEGA	DM2	NEGA
--	-----	------	-----	------

IDADE	33	LEITO	117-1	DATA	27/08/2019
-------	----	-------	-------	------	------------

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

1	DIETA ORAL livre	SAS
---	------------------	-----

2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manuten
---	--------------------------	---------

3	SF 0,9% 500ML EV S/N	> 50
---	----------------------	------

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

5	CURATIVO DIÁRIO	curativo
---	-----------------	----------

6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTEN	> 50
---	---	------

7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	> 50
---	---	------

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	06
---	--------------------------	----

9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	> 50
---	---------------------------------	------

10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	> 50
----	--	------

11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	16
----	----------------------------	----

12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16
----	---------------------------	----

13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	16
----	---	----

14	SSVV + CCGG 6/6 H	16
----	-------------------	----

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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENCOTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS. EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESOES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDIASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Dalsou Feitosa
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-RR 1176

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	107x69	78	-	36,3°C
18 H	100x70	101		36,8°C
24 H	110x70	86		38,2°C

06/08/2019 - 16h - Paciente no leito, higienizado, sem queixas, diurese presente. Segue aos cuidados da equipe. Dado

Kenany S. Vasconcelos
 Téc. de Enfermagem
 COREN-RR 1.248.368



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



DATA DE ADMISSÃO _____ DIH 17/08/2019 DN 10/11/1985

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNOSTI LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS _____ HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE 33 LEITO 117-1 DATA 28/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre	SM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0.9% 500ML EV S/N	75
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	17:00
5	CURATIVO DIÁRIO	CURATO
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	75
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	75
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	75
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	75
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	75
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	75
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	75
14	SSV + CCGG 6/6 H	75
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, COM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSEQUELETTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.
SOLICITADO:
CONDUÇÃO: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	12 x 8	86	34
18 H	120/80	97	37
24 H	111 x 69	90	

17 Paciente no leito
Vem com SSVV sem
queixas.

06 h PA = 104 x 74 mmHg
FC = 84 bpm

Dr. Marcelo A. Trindade
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 1243 / RQE-550



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO	LUX DE QUADRIL E, FX DE CABAÇA FEMURAL E ACETÁBULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	33	LEITO	117-1	DATA	28/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				5m
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				5m
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN				5m
5	CURATIVO DIÁRIO				curado
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				5m
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				5m
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				5m
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5m
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				5m
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				5m
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				5m
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5m
14	SSVV + CCGG 6/6 H				5m
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 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS;
EXAME FÍSICO: BEG ACANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSESQUELETICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	118 x 67	91	36,4°C
18 H	110 x 70	90	36,1°C
24 H	105 x 63	87	36,9°C

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RR 1243 / RQE 500

18:00 HS paciente no leito com o CCGG e o SSVV preservado.
Dr. Marcelo Arruda
31/08/19

Raimundo Marcelo de S. Arruda
Téc. Enfermagem
REN-RR 1243 / RQE 500

EVOLUÇÃO DO CUIDADO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

NOME DO PACIENTE:

BLOQUEIO:

DATA DA

DATA DA INTERNAÇÃO:

ALTA: 29/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE INTERNAÇÃO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE INTERNAÇÃO:

TRATAMENTOS REALIZADOS:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

DIAGNÓSTICO(S) NA ALTA:

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.:

MÉDICO RESPONSÁVEL
ASSINATURA E CARIMBO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA	
AGNOSTICAR	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO	
ALERGIAS	HAS	NEGA
LEITO	424	DM2
DATA	15/9/2019	
IDADE	PRESCRIÇÃO	
ITEM	HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SNB
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	manhã
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	18h
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	18h
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN	18h
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	18h
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	18h
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	18h
9	CURATIVO DIARIO SN	18h
10	SSVV + CCGG 6/6 H	18h
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	C
6 H	120/70	75	18	36.1	+	+
12 H	120/70	75	18	36.1	+	+
18 H	120/70	75	18	36.1	+	+
24 H	120/70	75	18	36.1	+	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:

CONFIDENTIAL ORIGINAL

Ass.:

[illegible]

- () ATENTAR PARA NAUSEAS E VÔMITOS
- () ATENTAR PARA PERIÚCIO PERIGERÊNCIA
- () OBSERVAR PERIÚCIO VENOSOS PERIÚCIO
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PERIÚCIO
- () MANUTER ACESSOS VENOSOS PERIÚCIO

- (1) REALIZAR EXATOS E REGISTROS
- (1) OBSERVAR COMUNS E REGISTROS
- (1) ELIMINAR OS
- (1) VERIFICAR E REGISTROS
- (1) AVALIAR RISCO GASTRO
- (1) AVALIAR
- GAVAGEM
- ABDOMINAL

1) VERIFICAR E REGISTRAR
1) ESTIMULAR E REGISTRAR
DETA

- () MONTAR DEXTRAO
- () REALIZAR DEIXAR AO BANHO DE AS
- () ENCAMINHAR AO BARRIL DO ASS
- () COLOCAR AUTOCURVADO
- () COLOCAR AUTO CURTO

- () REALIZAR BANDO NO RUA
- () REALIZAR AUDIÊNCIA DE DECISÃO
- () REALIZAR AUDIÊNCIA DIÁRIA
- () REALIZAR CUPATIVO DIÁRIO
- () REALIZAR CUPAFES EM

- () PREPARAR PAINA E COMPOSTO
- () REALIZAR HIGIENE DE CONTO
- () REALIZAR AMBULACAO
- () ESTIMULAR O AMBIENTE
- () ESTIMULAR MIM

1) ORIGINARI E INCONTRI
ATTIVITÀ FISICA
ESCLUSIVI

EDUCATIONAL
LEVEL AND
COSTS



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
DIAGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	14/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN				
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
10	CURATIVO DIARIO SN				
11	SSV + CCGG 6/6 H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	120/80	75	-	36,5	+	-
12 H	113/70	67	-	36	+	-
18 H	120/80	76	-	36	+	-
24 H	120/80	78	-	36,5	+	-

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	13/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SIN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Yauke
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SIN
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				18h
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN				SIN
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				06h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SIN
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SIN
10	CURATIVO DIARIO SN				19
11	SSVV + CCGG 6/6 H				19h
12					
13					
14					
15					
16					
17					

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	S	E
6 H	110/70	80	19	36.3C	+	+
12 H	110/70	74		36.3C	+	+
18 H	120/70	80		36.4	+	+
24 H	110/70	86	18	36.4	+	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA			
DIAGNÓSTICO: LUX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
	LEITO	424	DATA
IDADE			12/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN		
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H		
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H S		
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA		
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN		
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
9	CURATIVO DIÁRIO SN		
10	SSV + CCGG 6/6 H		
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			

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 DUM. GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTO

DR MARCUS BRUNNER
CRM/RR: 1917

DR MARCELO
MARQUES
CRM/RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	F	OB
6 H	90/70	72	19	36,0	Φ	+
12 H	90/70	72	19	36,0	Φ	+
18 H	90/70	72	19	36,0	Φ	+
24 H	90/60	72	19	36,0	Φ	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____

DATA: 10/02/11

SEXO: () M () F

IDADE: _____

PESO: _____

KG.

LEITO: 464

HD

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL SIM ()	NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA SIM ()	NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTÉREAL SIM ()	NÃO ()	DATA	
DIURETICO SIM ()	NÃO ()	DATA	

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. PRATICA EXPOSTA 6. EDIMA 7. AMPUTACAO

GRAU I () GRAU II () GRAU III

CABECA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO

PUPILOS: () REAGENTE () NÃO REAGENTE () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

ACUIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VIAS AERIAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS

HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () POUQUÍSSIMO

PNEUMIA

OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUÊNCIA: () EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO

MURMÚRIOS VESICULARES: () PRESENTES () AUSENTES () TOSSE: () SECA () EXPECTORAÇÃO _____

RUIDOS ADVENTÍCIOS: () PRESENTES () AUSENTES () RONCOS () ESTERTEORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COOR DA PLE/MUCOSAS:

() HÍDRATADA () ÚMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () PICTÉRICA

() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () MACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

APARELHO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()

PRATICA PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () ELETROCARDIÓGRAMA: () NORMAL () ANORMAL ()

PULSO: () NORMAL () TAQUICARDÍACO () BRADICARDÍACO () AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ABDOMEN: () FLACIDO () DISTENDIDO () TÍPICO () AUSADO () VINO PALPÁVEL

HEPÁTICO: () NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO

ESPALMADO GASTROINTESTINAL/DIARRÉIA

DIARRÉIA: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA

DIARRÉIA: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA

DIARRÉIA: () NORMAL () DIMINUIDA () AUMENTADA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() INCAPACIDADE DE MANUTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

() TROCA GÁSOSA PREJUDICADA

() ANSIEDADE

() METO

() INFILTRAMENTO PULMONAR

() RISCO PARA NUTRIÇÃO

() DESEQUILIBRADA

() MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

() RISCO PARA CONTROLE INEFICAZ

() RISCO PARA LESÃO

() TERAPIA

() OBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

() FADIGA

() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

() RISCO PARA QÜEDAS

() RISCO PARA LESÃO

() AUTOCUIDADO PERTURBADO

() DIARRÉIA

() CONSTIPAÇÃO

() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

() DEFICIT DO AUTO CUIDADO

() COMUNICAÇÃO VERBAL

() PREJUDICADA

() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO

() DOR

() HIPOTERMIA

() HIPERTERMIA

() INCAPACIDADE DA PELE PREJUDICADA

() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA

() CONSUMO PREJUDICADO

() DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO

() DISTÚRBIO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AERIAS PERVIAS

() REALIZAR CUIDADOS CÍRURGICOS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____

() MANUTER MONITORIZAÇÃO

() MANUTER CÂTETER ELEVADA

() ASPIRAR VAS /TGT

() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA

() ATENDER PARA NAUSEAS E VÔMITOS

() OBSERVAR PERÍSSIMO PERÍSSIMO

() MANUTER ACESSOS VENOSOS PERÍSSIMO

() REALIZAR CONTROLE HIGIENE DE _____

() OBSERVAR/COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES

() VERIFICAR E REGISTRAR EDIMAS

() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETACÃO DA DIETA

() MANUTER JEJUN A PARTIR DAS _____

() REALIZAR DEFEITO _____

() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO

() ORIENTAR AUTOCUIDADO

() REALIZAR BANHO NO LEITO

() REALIZAR MANUTENÇÃO DE DECÚBITO _____

() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

() PREPARAR PARA EXAMES EM _____

() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA

() DISTÚRBIO

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/11

Ass: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA	
AGNÓSTI	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO	
ALERGIAS	HAS	NEGA DM2 NEGA
IDADE	LEITO	424 DATA 11/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 6/6h SN	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
10	CURATIVO DIÁRIO SN	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12		
13		
14		
15		
16		
17		

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

BEG, EUNÉICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AR: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUIFXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPE

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	102/72	79		35,8°	+	✓
12 H						
18 H	102/72	81		36,6°	+	✓
24 H	100/60	79		36,5°	+	✓

Gilberto Alves da Silva
FEL. de Esp. Médica
COREN-RR 1918

CONFERE COM ORIGINAL

32:00hrs - Paciente encontra-se em exame
externo. Aguardo retorno! Gordon

Em 26/09/19
Ass.: 9

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA					
AGNÓSTI: LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	10/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN				
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
10	CURATIVO DIÁRIO SN				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12					
13					
14					
15					
16					
17					

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

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF SEM RA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPE

DR MARCUS BRUNNER

CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES

CRM / RR: 1918

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM RR 566

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	117x83	64		36.2	+	+
12 H	130x80	67		35.9	+	+
18 H	111x86	73	20	36.0	+	+
24 H	111x86	60	20	36.0	+	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.:



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 434

Nome: Lourenço de Souza

DATA: 10.09	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☒ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ umido, pouco ☐ umido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ umido, pouco ☐ umido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso-sanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso-sanguíneo	
Dor	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não	
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☒ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs	11.09.19		
Carimbo e ass. sc. em Enfermagem	G1: G2:	G1: G2:	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

OBS:

OBS:

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19
Ass.

NOME: Barbara F. Susan Allen

10ADE

Kg

11

• **ALLENDRICK**

MD 42 Quadrant 1 + A 2020

- ALÉRGICO 7

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA

IDENTIFIQUE SE NA LISTA

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. FRATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO
ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____
GRAU I () GRAU II () GRAU III () GRAU IV ()

CARGA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOZO () DESORIENTADO
 REAGENTE () NÃO REAGENTE ()
 PUPILAS: () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA

ACUCIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINUIDA

ACUCIDADE AUDITIVA: () NORMAL () DIMINUIDA

VAS AERIAS SUPRADIRES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS INCIENIE BUCAL: () FAVORABLE () INADZAVEL () PRECIZAVEL
 OBS:

TÓPICOS E PUNTEIOS/ PADRÃO DE SPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO

DOE INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO

FREQUENCIA: () DIÁRIO () QUOTIDIANO () SEMANAL () MENSAL () ANUAL
 MÍNIMOS ESPECIAIS: () AUSÊNCIA () PRESENTE () TOSSE () ASSINTE () SECA () EXPECTORAÇÃO

RUIDOS ADVERTIDOS: () AUSENTE () RONCOS () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCUNSCRIÇÃO/COR DA PELLE/MUCOSAS:

() HIDRATADA () UMIDA () DESIDRATADA () CORADA () HIPERCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () KTERICA
() CIANOTICA () ACIANOTICA () PIEROCIANOTICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDIACO: () REGOLARE () IRREGOLARE ()

PERIFUSÃO PERIFÉRICA: () NORMAL () DIMINUIDA

PULSO: () NORMAL; ARDICO () TAQUICARDICO () BRADICARDICO () AUSCULTAT

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE () NORMAL () MAINTIEN () AUGMENTADO

ESTADO NUTRICIONAL: | | Nutrido | De 500 a 1000 g

RH A: 1. AUGUSTO 1. JUNG STRASS
ABDOME 1. PASCAL 1. POST MEDIO 1. TIGRIS 1. ACADE 1. VING PAVIA
1. MURRAY 1. DUBRA 1. CHESNACAC 1. MILLER
1. LOMONOSOV 1. SCHWABER 1. PISCHEV

APARTIMO CITTADINARIO/INURSI

Genotype	Genotype	Genotype	Genotype	Genotype
1. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	2. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	3. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	4. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	5. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
6. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	7. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	8. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	9. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	10. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
11. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	12. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	13. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	14. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	15. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
16. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	17. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	18. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	19. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	20. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
21. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	22. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	23. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	24. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	25. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
26. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	27. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	28. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	29. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	30. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
31. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	32. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	33. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	34. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	35. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
36. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	37. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	38. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	39. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	40. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
41. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	42. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	43. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	44. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	45. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
46. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	47. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	48. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	49. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	50. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
51. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	52. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	53. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	54. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	55. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
56. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	57. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	58. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	59. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	60. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
61. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	62. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	63. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	64. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	65. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
66. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	67. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	68. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	69. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	70. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
71. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	72. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	73. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	74. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	75. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
76. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	77. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	78. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	79. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	80. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
81. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	82. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	83. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	84. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	85. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
86. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	87. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	88. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	89. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	90. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
91. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	92. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	93. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	94. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	95. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>
96. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	97. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	98. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	99. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>	100. <i>hsp70</i> <i>hsp70</i> <i>hsp70</i>

DIAGNOSTIC

- () RISCO DE INFECÇÃO
- () PADRÃO RESPIRATORIO INADEQUAZ
- () INCAPACIDADE DE MANTER
- () RESPIRAÇÃO ESPONTANEA
- () TOCA GASOSA PREJUDICADA
- () ANSIEDADE
- () MEDO
- () FENôMENOS INEFICAZ
- () RISCO PARA NUTRIÇÃO
- () Desequilibrada

PILSCHIG, AO DE ENTREVISTAS

- | | |
|--|--|
| (1) RISCO DE INEFCÁCIA | (1) MANTER VIAS AÉREAS PERVIAS |
| (1) PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ | (1) REALIZAR CUIDADOS COM VAS |
| (1) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA | (1) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ / ____ H |
| (1) TROCA GASOSA PREJUDICADA | (1) MANTER ADOÇÃO |
| (1) ANSIEDADE | (1) MANTER CABECULA ELEVADA ____ |
| (1) MEDO | (1) ASPIRAR VAS /TOT ____ |
| (1) FENôTIPANTE INEFICAZ | (1) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIENTIA |
| (1) RISCO PARA NUTRIÇÃO | (1) ATENDER PARA QUEIXAS ALGICAS |
| (1) DESEQUILIBRADA | (1) OBSERVAR PREUSO PERIFÉRICA |
| (1) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA | (1) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS |
| (1) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO | (1) REALIZAR CONTROLE HIDRICO DE ____ / ____ H |
| (1) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS | (1) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES |
| (1) FADIGA | (1) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS |
| (1) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE | (1) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM |
| (1) RISCO PARA Quedas | (1) VERIFICAR DISTENÇÃO ABDOMINAL |
| (1) RISCO PARA LESÃO | (1) ESTIMULAR E REGISTRAR ACETÇÃO DA DIETA |
| (1) AUTOSTIMA PERTURBADA | (1) MANTER JEJUM A PARTIR DAS ____ H |
| (1) DIARRÉIA | (1) REALIZAR DEXTRO ____ / ____ HORAS |
| (1) CONSTIPAÇÃO | (1) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO |
| (1) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO | (1) ORIENTAR AUTOCUIDADO |
| (1) DEFICIT DO AUTO CUIDADO | (1) REALIZAR BANHO NO LETO |
| (1) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA | (1) REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO ____ / ____ H |
| (1) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO | (1) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO |
| (1) DOR | (1) PREPARAR PARA EXAMES EM ____ |
| (1) HIPOTERMIA | (1) REALIZAR HIGIENE DE CONJUNTO |
| (1) HIPERTERMIA | (1) ESTIMULAR DE AMBULAÇÃO |
| (1) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA | (1) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA |
| (1) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO | (1) OUTROS |
| (1) DEFICITÃO PREJUDICADA | |

OUTDOOR
CAMP ORIGINAL

CONTENTS

FM 20

Ass:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA	
AGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO	
ALERGIAS	HAS	NEGA
LEITO	424	DM2
DATA	17/9/2019	
IDADE	NEGA	
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN	
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
9	CURATIVO DIARIO SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H				35.9	+	+
12 H	100/70	63		36.7c	+	+
18 H	100/70	65	48	36.12	+	+
24 H	100/60	74				

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNOSTI LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO

ALERGIAS

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

424

DATA

16/9/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFERICO

3 DAPIRONA 1G EV 6/6H SN

4 TENOXICAN 20MG EV 12/12H

5 RAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN

7 OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA

8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN

9 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG

10 CURATIVO DIARIO SN

11 SSV + CCGG 5/6 H

12

13

14

15

16

17

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR MARCUS BRUNNER

CRM 1917

DR MARCELO MARQUES

CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	C
6 H	100/60	63	—	35.6	+	—
12 H	100/60	64	—	35.7	+	+
18 H	100/70	64	—	35.4	+	—
24 H	100/60	65	—	35.4	+	—

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 09 / 19

Ass: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: LUCAS DE SOUSA SILVA		
DIAGNÓSTICO: LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	ASPIRINA 1G EV 6/8H SN	
4	LENTOXICAN 20MG EV 12/12H	
5	TERMA 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 61 CP 50MG VO DE 8/8H SN	
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG	
9	CURATIVO DIARIO SN	
10	SSV + CCGG 5.6 H	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-350 4UI 301-350 6UI
351-400 8UI 2-400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DUL GLICOSE 50-
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MEDI

DEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

CD: MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOP

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H	120/60	74	18	36.12	+	+
12 H	100/60	72		36.92	+	+
18 H	100/60	75		36.4	+	+
24 H	110/60	78	18	36.42	+	+

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19
Ass:

NOME	Leticia de Jesus Silva						
DATA	02/09/79	SEXO	F	IDADE		PESO	
					KG.	LEITO	184
						• ALERGICO	
							HD 1x 2m + fe

[illegible]



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

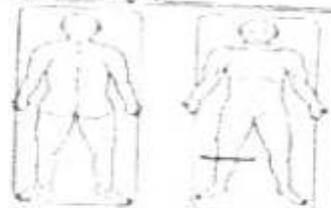
Atualizada Janeiro 2015

ENF/LEITO: 2424

Nome: Renan de Souza

DATA: 09/09

Localização / Região



GRAU - I

GRAU - II

Etiologia

☐ Pressão ☒ II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra

Tamanho da Ferida

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor

☒ Sim ☐ Não

Odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à distância do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor

Perilesional

☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro

Cobertura primária

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro

Hora do curativo

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca

10/09/19

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.

Dayane S. Fossati

Téc. em Enfermagem

COREN-PR 917.047-72

Carimbo e Assinatura

COREN-PR 917.047-72

do Enfermeiro

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.: S



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HD

NOME

SEXO

() M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

• ALÉRGICO ?

DATA

SEXO

() M () F

IDADE

PESO

KG

LEITO

• ALÉRGICO ?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	DATA	LOCAL	DATA
-----------------	------	-------	------

CATETER PERIFÉRICO	DATA	LOCAL	DATA
--------------------	------	-------	------

SONDA VENTILADORA	DATA	LOCAL	DATA
-------------------	------	-------	------

SONDA NASOGÁSTRICA	DATA	LOCAL	DATA
--------------------	------	-------	------

SONDA NASOENTERAL	DATA	LOCAL	DATA
-------------------	------	-------	------

DIETAS	DATA	LOCAL	DATA
--------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

REINTERPRETAÇÃO DE EXAMES	DATA	LOCAL	DATA
---------------------------	------	-------	------

() RISCO DE INFECÇÃO

() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

() MANUTENÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() RECAPITULAÇÃO DA MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE VÍAS AERIAS PERÍCIAS

() REALIZAR CURSOS COM VÍAS

() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

() MANUTENÇÃO DE MANUTENÇÃO

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19



ESTADO DE SÃO PAULO
"MANTO PATRIARCA DOS BRASILEIROS"

FEDIDO DE PARECER

FORMA

NOME: Lucas de Souza Silva

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO: A

ENFERMARIA:

UTI:

EMERGÊNCIA:

FEITO: 11/7-1

DE:

Ortopedia

PARA:

Buciomaxilo

Dados Clínicos:

paciente jovem com trauma
em colapso de fratura operatória
lesão dolorosa em corvidade
oral. Solto ovológico e contido
GRATO!

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 944
Médico

23.8.19

Data

Paciente avaliado pela Buciomaxilo, ao
exame clínico, aparentemente não houve
fratura em face, foi radiado RT
para conclusão do diagnóstico. Apresenta
lacuna em região de lábio inferior
e alveia traumática em lábio sup.
CD: Dehidramento da face + elaxamento
0,42%.

Dr. Silvana Rios Da Silva
Cirurgia Traumatológica
Buciomaxilo Facial
CRM-RJ 944

26.08.19

Data

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26 08 19
Ass:



E

LUCAS DE SOUZA SILVA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nr: 2224

ID:
Data: 05/09/2019

Tec:

58.3 %

424

26 03/12



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17.08.19

O.S. _____

Luz de Lux. Alta

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Luxação lateral do ombro esquerdo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: artroscopia

TIPO DE INTERVENÇÃO: artroscopia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Rogério AS

1º AUXILIAR: Fátima C. Gomes

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Artroscopia do ombro esquerdo
- 2) remoção do tecido mole da cápsula
- 3) Redução da guarnição da cápsula
- 4) Controle radiológico pós intervenção da cápsula para evitar fístula.
- 5) manobra para evitar instabilidade, o que se fez com a colocação de pontos de sutura para estabilizar a cápsula.
- 6) S. 4.º grau. 7) Curativo 8) Alta com f.º S. 4.º grau.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

L: 424

117-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	17/08/2019	DN	10/11/1985
------------------	--	-----	------------	----	------------

PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA

AGNÓSTICO LUX DE QUADRIL E, FX DE CABEÇA FEMURAL E ACETÁBULO

ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	33	LEITO	DATA	30/08/2019

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	CURATIVO DIÁRIO	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTEN	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
13	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
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

OLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACAO TRANSEQUELÉTICA, SOLICITADA TOMOGRAFIA E EXAMES LABORATORIAIS. PACIENTE APRESENTANDO LESÕES EM CAVIDADE ORAL SUGESTIVAS DE CANDIDÍASE ORAL, COM QUEIXA ALGICA, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILOFACIAL.

SOLICITADO:

CONDIÇÃO: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	127/85	74		36,0
18 H	123/79	87		36,0
24 H	122/76	86		36,0

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1047 TEOT 1048

18h Paciente está encostado no leito, sendo realizado, sem queixas de dor, segue com evolução da enfermagem Tão. Domiano

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nome: Lucas de Jesus

Ido

Ido 624

• ALÉRGICO

DATA: 20/08/19 SEXO: M IDADE: 19 PESO: 60 KG

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	CATETER PERIFÉRICO	SONDA NASOGÁSTRICA	SONDA NASOENTRAL

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

LESÕES

TOXAR E PUNICES/ PATIÃO RESPIRATÓRIO

APARELHO CARDIOVASCULAR

CONFERE COM ORIGINAL

DIAGNÓSTICO

PRÉ-REQUISITO DE ENFERMAGEM

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

4-B

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	31/8/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Mantido
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN				
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	CURATIVO DIARIO				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
12					
13					
14					
15					

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

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR-1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR-1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	S	C	
6 H							
12 H	120/80	72	-	36.5	+		
18 H	120/80	72		36.5	+		
24 H	122/70	100		36.5	+	+	Prescrito

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA		
DIAGNÓSTICO LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO		
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2
	424	DATA
		1/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN	
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	
9	CURATIVO DIÁRIO SN	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		

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

SOLUÇÃO MÉDICA

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVF SEM RA

AB: SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

ED: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

EV: RAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER

CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES

CRM / RR: 1918

S V	PA	FC	FR	TEMP	D	E
8 H	100/60	95	18	36.4°C	+	✓
12 H	130/70	90		36.7°C	+	-
18 H	111/60	95	20	36.0	+	-
24 H	90/50	102	18	36.0	+	✓

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: _____



SAE-SISTEMATIZAÇÃO EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOÃO CARLOS DE SOUZA HD: 1001

DATA: 10/01/1998 SEXO: (X) M () F IDADE: 45 PISO: 1 KG: 75 LITRO: 2000 • ALÉRGICO?

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATER	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA VESICAL	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTERAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DRENOS	SIM () NÃO ()	DATA	

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. FERIMENTO 2. ABRASÃO 3. HEMATOMA 4. DEFORMIDADES 5. TEMPERATURA EXPOSTA 6. EDEMA 7. AMPUTACÃO 8. ÚLCERA POR PRESSÃO SIM () NÃO () LOCAL: GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA: () CONSCIENTE () SEMI-CONSCIENTE () SEMI-INCÔNSCIENTE () INCÔNSCIENTE ()
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÔNICAS () ANISOCÔNICAS () MIDRIÁTICAS
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DIMINuíDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVIAS () OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: () SAUDÁVEL () INSUFICIENTE () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATORIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 RÍTIMO: () REGULAR () IRREGULAR
 FREQUÊNCIA: () EUPNEÚTICO () TAQUIPNEÚTICO () BRADIPNEÚTICO () DISPNEÚTICO
 RUÍDOS PULMONARES: () AUSENTES () PRESENTES TOSSES: () AUSENTES () PRESENTES
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTES () PRESENTES () ESTERTORES () SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

() HÍDRATAÇÃO () UMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () SECURA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () ICTERICIA
 () CIANÓTICA () ACANOTICA () ACROCIANÓTICA
 TEMPERATURA DA PELE: () NORMOTÉRMICA () HIPERTÉRMICA () HIPOTÉRMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RÍTIMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PERCUSSÃO PERICÁRDICA: () NORMAL () DIMINuíDA
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINuíDO () AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: () NUTRIDO () DESNUTRIDO
 R.H.A.: () AUSENTES () PRESENTES ABDOME: () FLACUO () DISTENDIDO () TENSO () AGUDO () MOLE PALPÁVEL
 ELIMINAÇÃO DE SÍMPTOMAS/EPISÓDIOS: () NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA

DIAGNÓSTICO

() RISCO DE INFECÇÃO
 () PADRÃO RESPIRATORIO INEFICAZ
 () INCAVALIDADE DE MANEIRA
 RESPOSTA INAPROPRIADA
 () TROC A GASTRO PERJUDICADA
 () ANSIEDADE
 () MEDO
 () DIFÍCIL ADEQUAÇÃO INEFICAZ
 () RISCO PARA NUTRIRIO
 DE SEQUELIRADA

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉRIAS PERVIAS
 () REALIZAR CUIDADOS COM VIAS
 () VERIFICAR SINAIS VITAIS DE _____ H
 () MANUTER MONITORIZAÇÃO
 () MANUTER CEFÁLICA ELEVADA
 () ASPIRAR VAS 7/OT
 () VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIENTIA
 () ADEQUAR PARA QUEIXAS ALGUMAS
 () OBSERVAR PERIÓDOS PERIÓDICA
 () MANUTER ATOSOS VENOSOS PERVIOS
 () REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE _____ H
 () OBSERVAR COMUNICAR E REGISTAR
 LUMINACÕES
 () VERIFICAR E REGISTAR EDEMAS
 () AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA
 GASTROSCÓPIA
 () VERIFICAR DISTENSO ABDOMINAL
 () ESTIMULAR E REGISTAR ACETACÇÃO DA
 DIETA
 () MANUTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
 () REALIZAR DEXTRO _____ HORAS
 () ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPIRAÇÃO
 () ORIENTAR AUTOCUIDADO
 () REALIZAR BANHO NO LETO
 () REALIZAR MUDANÇA DE DECUBITO _____ H
 () REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
 () PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
 () REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
 () ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
 () OBSERVAR E REGISTAR INTOLERÂNCIA A
 ATIVIDADE FÍSICA
 () OUTROS _____

NO GENTILÍRIO/DIRIGIR:

SAE () ESTIMULATIVA () CENOTOMIA () VOTO () PRECÁRIA () CONCENTRADA

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
 Em 26/01/98
 Ass: _____

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE LUCAS DE SOUSA SILVA					
DIAGNÓSTICO: LUX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	2/9/2019
PRESCRIÇÃO					
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8-8h SN				
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	CURATIVO DIÁRIO SN				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SCI) 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

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFÉBRIL
AR. MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD. MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

DATA	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	92x60	70		36,3°C	+	-	
12 H	100x70	80		37,1°C	+	+	
18 H	100x70	80		36,7°C	+	-	
24 H	100x70	80		36,7°C	+	-	

Ministério S. Nacional
Téc. em Enfermagem
COP-EN-124538-1E

CONFERE COM ORIGINAL

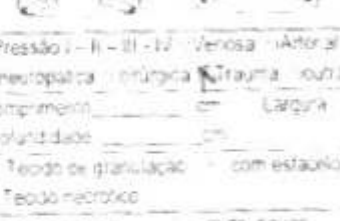
Em 26/09/19

Ass:

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 424

Data da Elaboração:
Fevereiro 2015

Nome: <u>Lucas de Sousa</u>	
DATA: <u>03/09</u>	Localização / Região
GRAU - I	
GRAU - II	
Etiologia	Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética neuropática cirúrgica Trauma outra
Tamanho da Ferida	Comprimento cm Largura cm
Profundidade	cm
Aparência do Leito	Tecido de granulação com estase Tecido necrótico Escara
Quantidade de Exsudato	seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante
Tipo de exsudato:	Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serososanguíneo
Dor	Sim Não
Odor	evidente na remoção da cobertura na beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor
Condição da pele Periférica	Normal Macerada seca Entemia Rubor Prurido Outras
Solução para limpeza	Soro Fisiológico 0.9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	Neure Colagenase Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro
Hora do curativo:	Manhã Tarde
Data da Próxima troca:	
Em caso de + de 24hs	<u>03.09.19</u>
Carimbo e ass. rec. em Enfermagem	01- <u>Daiyane S. Tosin</u> Técnico de Enfermagem COREN-RR 917.047 TE
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02- 
Obs.	

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

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19
Ass.: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	3/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				SN
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 31 CP 50MG VO DE 8/8h SN				SN
6	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				SN
7	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	CURATIVO DIÁRIO SN				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					

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

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AR: SEM ALTERAÇÕES

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

ED: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

Dr. João da Silva Aguiar
CRM RR 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H							
12 H	100x70	73		36,6°C	+	+	
18 H	90x60	77		36,6°C	+	+	
24 H							

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19
Ass:



das Feridas
ativo - HC

Protocolo nº 1 Versão: 06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro 2015

ENF/LEITO: 424

Nome: Jucimar de Souza

DATA: 03.09.19

X GRAU - I

GRAU - II

Etiologia

Tamanho da I

Apresenta

Quantidade

Tipo de ex

Dor

Odor

Condição

Perfusão

Solução

Cobertura

Contrato

Hora do cur

Data da D

Em caso

Imagem

Tec. HC

Carimbo

do Enferm

CHN



DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região



X Anomalia Diabetes

X Trauma

Pressão I - II - III - IV

Teor de granulação

Teor de necrose

Seco, mínimo

Umido, moderado

Soroso

Purulento

Sem

Normal

Prurido

Clorexina 1%

Clorexina 4%

Colágeno

AGE

Manhã

Pressão I - II - III - IV

Teor de granulação

Teor de necrose

Seco, mínimo

Umido, moderado

Soroso

Purulento

Sem

Normal

Prurido

Clorexina 1%

Clorexina 4%

Colágeno

AGE

Manhã

04.09.19

Dayane S. Tosin
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 917.047

Assinatura
Kathy de S. Faria

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass: [Assinatura]

Observações

de Rio Branco e Convênio, Solutions Program

desseparadamente.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA				
AGNÓSTICO	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	424	DATA	4/9/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
3	DIPIRONA 1G EV 8/8H SN				8h
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H				8h
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN				8h
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA				8h
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN				8h
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				8h
10	CURATIVO DIARIO SN				8h
11	SSVV + CCGG 5/6 H				8h
12					
13					
14					
15					
16					
17					

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

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
AR: MVF SEM RA
AB: SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CD: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUEZ
CRM / RR: 1918

DATA	PA	FC	FR	TEMP	D	E	Ass.
6 H	100x70	65	11	36,5°C	+	+	
12 H	100x70	69		36,5°C	+	+	
18 H	95x64	70		36,7°C	+	+	
24 H	100x70	70		36,5°C	+	+	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.: 



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HC

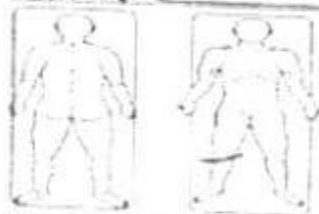
Protocolo nº 1 Versão: 06 Data da Elaboração:
Atualizada: Janeiro / 2013 Fevereiro 2013

ENF/LEITO: 424

Nome: JOSELY DE SOUZA

DATA: 04.09.19

Localização / Região



☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra
Tamanho da Ferida: Comprimento cm Largura cm
Profundidade cm
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estase
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato: ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor: ☐ Sim ☒ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele Periférica: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro

Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca: 05.09.19
Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. oc. em Enfermagem: Dayane S. Tosin 02-

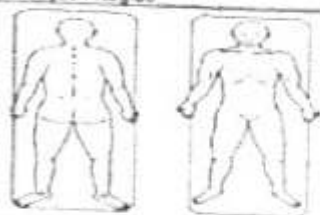
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: COREN-RR 917.141

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra
Tamanho da Ferida: Comprimento cm Largura cm
Profundidade cm
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estase
☐ Tecido necrótico ☐ Escara

Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor: ☐ Sim ☒ Não

Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ na beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor

Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro

Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro

Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde

Carimbo e ass. oc. em Enfermagem: 01- 02-

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Obs:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 09 / 19

Ass.:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: JOHNETE DA SILVA
 DATA: 04/09/19

SEXO: () M () F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: 427 ALERGICO: ()

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM () NÃO ()	LOCAL	DATA
SONDA NASOGÁSTRICA	SIM () NÃO ()	DATA	
SONDA NASOENTRAL	SIM () NÃO ()	DATA	
DIURETICO	SIM () NÃO ()	DATA	

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

CEFALALGIA: () AGRAVADO () HEMATOMA () DEFORMIDADES () PRATURA () COSTA () EDIEMA () ABRIGAMENTO
 ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM () NÃO () LOCAL: _____ GRAU () GRAU II () GRAU III ()

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERGIA () COMATOZO () DESORIENTADO
 PUPILAS: () REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISÓCORICAS () ANISÓCORICAS () MIODRÍPTICAS
 ACUIDADE VISUAL: () NORMAL () DISTINGUIDA
 VIAS AÉREAS SUPERIORES: () PERVAS () OBSTRUÍDAS () HIGIENE BUCAL: () FAVORÁVEL () RAZGAVEL () PRECÁRIA
 OBS: _____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: () SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO
 DOR INSPIRATÓRIA: () SIM () NÃO
 FREQUÊNCIA: () FLUPÉDICO () TAQUIPNEICO () BRADIPNEICO () DISPARADO
 MURMÚRIOS VESICULARES: () AUSENTES () PRESENTES () TOSSE: () AUSENTE () ALTA () EXPECTORAÇÃO
 RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () AUSENTE () RÍNTICOS () ESTERTORES () SIBIOS
 CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS: _____

TEMPERATURA DA PELE

() HÍDRATAÇÃO () ÚMIDA () DESHÍDRATAÇÃO () CORADA () HIPOCORADA () PALIDA () RUBORIZADA () PURPÚREA
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () JACROCIANÓTICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: () REGULAR () IRREGULAR ()
 PULSO PERIFÉRICO: () NORMAL () DIMINUÍDO
 PULSO PERIFÉRICO: () RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME
 PULSO: () NORMAL () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE
 LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: () NORMAL () DIMINUÍDO () AUMENTADO
 R.M.A.: () AUSENTES () PRESENTES () ABDOME: () FLÁCIDO () DILATADO () TÊNDO () AGUDO () NAS PALPÁVEIS
 ELIMINAÇÕES/NUMEROS/EPISÓDIOS: _____

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURSE

VITÁLIA: () ESTABILIZADA () FLUTUANTE () EUSTOTONIA () HIPOTONIA () HIPERTONIA () CONCOMITANTE
() EQUILIBRADA () DESQUILIBRADA () POLIÚRIA () OLIGÚRIA () ANÚRIA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

() RISCOS DE INFECÇÃO
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
() INCAPACIDADE DE MANUTER
 RESPIRAÇÃO E NÍVEL DE SATURAÇÃO
() TROMBOCITÓPENIA PREJUDICADA
() CLAMOR DOR
() EMILIO
() FÚNGO TÁLENTO INFECCIA
() RISCO PARA MORTALIDADE
 DESQUILIBRADA
() IMOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
() RISCO PARA O CONTATO EMBLAC
 TERAPÊUTICO

() DESORIENTAÇÃO DEFEZ/DE VIAS
 AÉREAS
() FADIGA
() INEFICIÊNCIA A ATIVIDADE
() RISCO PARA QUITAS
() RISCO PARA LESÃO
() AUTOSTÍMIA PERTURBADA
() DIARRÉIA
() CONSTIPAÇÃO
() RISCO PARA COMPLICAÇÃO
() DEFICIT DO AUTO CUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL
 PREJUDICADA

() RISCO PARA DOR
() DOR
() HIPOTERMIA
() HIPERTERMIA
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
() DEGRADAÇÃO PREJUDICADA
() CONFORTO PREJUDICADO
() DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
() OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

() MANUTER VIAS AÉREAS PERVAS
() REALIZAR CURATIVOS COM VAS
() VERIFICAR SINAIS VITAIS DE
() MANUTER NÍVEL DE SATURAÇÃO
() MANUTER CALIBRE DA ETGRIA
() ASPIRAR VAS 7/7/7
() OBSERVAR SINAIS DE EQUILIBRIO
() FALAR ENTÃO PARA QUEM AS ALGUMAS
() ATENDER PARA MANUTER O VOMITO
() OBSERVAR PULSO PERIFÉRICO
() MANUTER A FÓRMULA VENTILADORA
() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE
() OBSERVAR SINAIS DE REGISTRO
 ELIMINAÇÕES
() VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO APÓS
 GASTROSCÓPIA
() VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() ESTIMULAR E REGISTRAR ACETILADA
 DIETA
() ADMITIR JEIUM A PARTIR DAS
() REALIZAR DEXTRO
() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPER
() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() REALIZAR BANHO NO LITTO
() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO
() REALIZAR CURATIVO DORNO
() PREPARAR PARA EXAMES EM
() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() ESTIMULAR DIABRILHAÇÃO
() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA
 ALIMENTAR
() OUTROS

CONFERE COM ORIGINAL
 Em 26/09/19
 Ass: [Assinatura]



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - IIC

Protocolo nº 1

Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 424

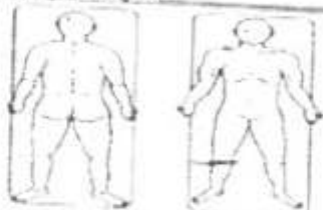
Nome: Jaqueline de Souza

DATA: 05.09

☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região

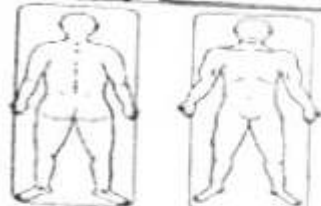


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra

Tamanho da Ferida:

Comprimento _____ cm Largura _____ cm
Profundidade _____ cm

Aparência do Leito

☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor

☒ Sim ☐ Não

Odor

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

☒ Normal ☐ Vácuada ☐ seca ☐ Entemia / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras

Perifoneal

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outro

Cobertura primária

(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outro

Hora do curativo

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca

Em caso de + de 24hs

06.09.19

Carimbo e ass.

oc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura

do Enfermeiro

OBS:

OBS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass.: 9

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	LUCAS DE SOUSA SILVA	
AGNOSTIC	LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DM2
	424	DATA
		6/9/2019
PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
10	CURATIVO DIARIO SN	
11	SSV + CCGG 8/8 H	
12		
13		
14		
15		
16		
17		

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

BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL

AR: MVE SEM RA

SEM ALTERAÇÕES

MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO

SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS

MANTIDO SUPORTE CLINICO

PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPEDICA

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	102x60	78		36.2°C	+		
12 H	102x60	79		36.4°C	+		
18 H	120x70	80		36.1°C	+		
1	90x60	89		36.7°C	+		

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19
Ass: _____



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - CC

Protocolo nº 1 - V2019.0010

12/01/2019

Atualizado: Janeiro 2019

ENFEITEO: 424

Nome: José de Souza

DATA 06.09.19 Localização / Região

GRAU - I

DATA:

GRAU - I

GRAU - I

Etiologia

Pressão - III - IV - Cirurgia - Trauma - Queimadura - Infecção - Outros

Tamanho da Ferida

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito

Teixido de granulação - Escorregadio - Fibrinoso - Necrótico

Quantidade de Exsudato

Sem exsudato - Exsudato moderado - Exsudato abundante

Tipo de exsudato

Seroso - Fibrinoso - Sanguinolento - Purulento - Seroso e purulento

Dor

Sem dor - Dor leve - Dor moderada - Dor intensa

Odor

Sem odor - Odor de necrose - Odor de infecção - Odor de outros

Condição da pele Periférica

Normal - Macerada - Seca - Eritemática - Outras

Solução para tempo

Antisséptico - Solução fisiológica - Solução de iodine - Solução de prata

Cobertura primária

Fibrinase - ACE - Outros

Hora do curativo

Manhã - Tarde - Noite

Data da Próxima troca

Em caso de + de 24hs

07.09.19

Assinatura

Tec. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Kelly da Silva

CRS

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/09/19

Ass:

with

CONSTITUTIONAL HISTORY

4000

U.S. PATENT OFFICE

DATA	YORA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

TARDON

08 JAN 1997

HORA

Wolfe

CONFIDENTIAL

WCPA

Abstract

400

STATE OF NEW YORK
IN SENATE
JANUARY 11, 1906.

Abstract

400

$$\text{Ass. } A \in \text{Aut}(M) \Rightarrow \exists \varphi \in \text{Aut}(M) \text{ s.t. } \varphi(A) = A^{\text{op}}$$

ISSN 0013-7944

CONFERE COM ORIGINAL

Em

15

424

HC

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
LUCAS DE SOUSA SILVA					
LX QUADRIL E + FX CABEÇA FEMUR + FX ACETABULO					
HAS		NEGA		DM2	
LEITO		424		DATA	
				7/9/2019	
PRESCRIÇÃO					HORARIO
DIETA GRAL LIVRE					SAB
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manh
DIPIRONA 1G EV 6/6H SN					
TENOXICAN 20MG EV 12/12H					
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN					
OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA					
SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN					
CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					
CURATIVO DIARIO SN					
CSVV + CCGG 8/6 H					
14					
15					
16					
17					

CAO MÉDICO

APNEICO, NORMOCORADO E AFEBRIL
NÃO TEM RA
SEM ALTERAÇÕES
MEMBROS COM PULSOS + E BOA PERFUSÃO
SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS
CO. MANTIDO SUPORTE CLÍNICO
PROGRAMAÇÃO: NO AGUARDANDO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

DR MARCOS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

	PA	FC	FR	TEMP		
08/07/19	145/74	65	-	36,5	+	+
12/07/19	90/70	77	-			
18/07/19	108/63	74	-	36,0	+	+
24/07/19	103/63	76	-	36,0	-	-

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/09/19
Ass:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
DATA	HORA	DATA	HORA
		MANHÃ	Atividade realizada em sala de aula 13:00 p/ atividade de grupo com 15 alunos Ass: [Assinatura] 13:18
		TARDE	Ass: [Assinatura] 13:18 Ass: [Assinatura] 13:18
		NOITE	Atividade realizada em sala de aula 13:00 p/ atividade de grupo com 15 alunos Ass: [Assinatura] 13:18

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/08/19
Ass: [Assinatura]



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



Polegar Direito



Lucas de Sousa Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL 527795-7

DATA DE
EXPIRAÇÃO

29/03/2017

NOME
LUCAS DE SOUSA SILVA

FILIAÇÃO
ANTONIO DA SILVA
RAIMUNDA DE SOUSA SILVA

NATURALIDADE
LAGO DA PEDRA - MA DATA DE NASCIMENTO
10/11/1986

DOC. ORDEM
CERTD NASC 52.401 FLS 208-V LIV 82-A
2 OF LAGO DA PEDRA-MA

CPF
043.691.753-05

AMADEU ROCHA TRIANI
Porte Expediente de Polícia Civil
Diretor de MIO

1 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL SC.232 DATA DE EXPEDICAO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

CCC ORDEM CC:9766 F.260 L.B-12 BOA-VISTA-RR.

CPF 104310362 - 15

Raimundo Francisco da Silva Junior
SECRETARIO DE ESTADO

LIT 17.114 DE 29/06/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454768/19

Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA

CPF: 043.691.753-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

LUCAS DE SOUSA SILVA : 043.691.753-05

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: 16/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: LUCAS DE SOUSA SILVA

Identidade: 527795-7 SSP/RR **CPF:** 043.691.753-05

Naturalidade: LAGO DA PEDRA/MA **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** AJUDANTE DE PEDREIRO

Endereço: RUA CURITIBA, 761 – NOVA CIDADE / CEP: 69.316-192

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante: a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT; HOSPITAL GERAL DE RORAIMA; CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA; SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA / SAMU e POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA.

Boa Vista-RR, 11 de setembro de 2019.

CARTÓRIO LOUREIRO

Lucas de Sousa Silva

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0454768/19

Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA

CPF: 043.691.753-05

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE SOUSA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

LUCAS DE SOUSA SILVA : 043.691.753-05

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: 16/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703557

Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DE SOUSA SILVA

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, 20 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190703557

Vítima: LUCAS DE SOUSA SILVA

Data do Acidente: 17/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCAS DE SOUSA SILVA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

04369175305

4 - Nome completo da vítima:

LUCCAS DE SOUSA SILVA

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

5 - Nome completo:

LUCCAS DE SOUSA SILVA

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R: CURITIBA

11 - Bairro:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM

9 - Número:

761

10 - Complemento:

RR

13 - Estado:

69316192

14 - CEP:

95491168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905

CONTA:

00007444

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 (no Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

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

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, 06/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025951/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/12/2019 09:05 Data/Hora Fim: 03/12/2019 09:37
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM-1810 Data: 17/08/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 17/08/2019 14:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA COM RUA Z-3

Bairro: Nova Cidade

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)
110: DANO (Art. 163 Caput do CPB)
1232: DIRIGIR VEÍCULO SEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA DIRIGIR OU
CNH OU, AINDA, SE CASSADO O DIREITO DE DIRIGIR, GERANDO PERIGO
DE DANO (Art. 309 da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Não Houve

Não Houve

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AILLES RODRIGUES DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 26

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AVENIDA ESTRELA DALVA

Bairro: RAIAR DO SOL

Nº: 1334

Nome Civil: LUCAS DE SOUSA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , VÍTIMA , COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Lago da Pedra

Sexo: Masculino

Nasc: 10/11/1986

Profissão: Pedreiro

Escolaridade: Sem instrução

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Raimunda de Sousa Silva

Nome do Pai: Antonio da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 043.691.753-05

RG - Carteira de Identidade: 527795-7

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA CURITIBA

Complemento: Casa

Bairro: NOVA CIDADE

Telefone: (95) 99124-2240 (Celular)

Nº: 761

Nome Civil: WANDELINO SATINO GIMAQUE DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 03/12/2019 09:37
Protocolo nº: Não disponível



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025951/2019-A01

Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: IRILENE CELESTINO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 24/06/1992
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ivanilde Celestino
Nome do Pai: Xavier Santana de Souza

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 019.796.732-92

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Rio Tocantins
Bairro: Bela Vista
Telefone: (95) 98406-0240 (Celular)

Nº: 35

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 979.234.272-91

Renavam 00486360946

Número do Chassi 9BWAB05Z3D4051891

Cor BRANCA

Município Veículo Boa Vista

Modelo VW/FOX 1.6 GII

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 24/11/2015

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa OAN5069

Número do Motor CCRN64206

Ano/Modelo Fabricação 2013/2012

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo VW/FOX 1.6 GII

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Ailles Rodrigues da Silva

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 043.691.753-05

Renavam 01081052381

Número do Chassi 9C2JB0100GR054550

Cor PRETA

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/POP 110I

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 21/03/2016

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAQ1893

Número do Motor JB01E0G054557

Ano/Modelo Fabricação 2016/2016

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/POP 110I

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

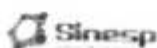
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido

Lucas de Sousa Silva

Envolvimentos

Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 03/12/2019 09:37
Protocolo nº: Não disponível



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 025951/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

QUE SEGUNDO ROP/PM-1810 APRESENTADO NESTA CENTRAL DE FLAGRANTES RELATA QUE: FORAM ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDIMENTO DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO ACIMA CITADO E QUE AO CHEGAR NO LOCAL OS ENVOLVIDOS ESTAVAM SENDO ATENDIDOS PELA EQUIPE DE RESGATE/BM E QUE FORAM INFORMADOS PELOS ENVOLVIDOS QUE RELATARAM O SEGUINTE FATO: QUE O SENHOR AILLES RODRIGUES DA SILVA CONDUZIA O VEICULO FOX DE COR BRANCA DE PLACA OAN-5069, NO SENTIDO A AVENIDA BRASIL E O SENHOR LUCAS SOUSA SILVA CONDUZIA A MOTONETA HONDA/POP DE COR PRETA DE PLACA NAQ-1893 NO SENTIDO CONTRARIO E QUE NO SINAL SEMAFÓRICO O SENHOR LUCAS REALIZOU A MANOBRA DE CONVERSÃO A ESQUERDA PARA ADENTRAR A RUA Z-3, SENDO QUE ESTA MANOBRA É PROIBIDA CONFORME PLACAS DE REGULAMENTAÇÃO QUE EXISTE NO LOCAL, OCASIONANDO O ACIDENTE; QUE AMBOS FORAM REMOVIDO AO HGR E QUE AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS FORAM REALIZADAS E O VEICULO DO SENHOR AILLES FICOU NA RESPONSABILIDADE DO SENHOR ABIMAEI DA SILVA CONCEIÇÃO E O VEICULO DO SENHOR LUCAS FOI REMOVIDO AO PATIO DO DETRAN/RR, QUE AMBOS OS ENVOLVIDOS NO ACIDENTE CONFORME CONSTA NO RELATÓRIO NÃO POSSUI CNH. ERA O RELATO.

OS COMUNICANTES E VÍTIMAS SENHORES LUCAS E IRIENE COMPARECERAM NESTA DELEGACIA PARA ADITAR/ACRESCENTAR NESSE BOLETIM DE Ocorrência ALGUNS DADOS **PARA FINS DE SEGURO DPVAT**, O QUE FOI FEITO ACIMA, INFORMANDO AINDA QUE A SENHORA IRIENE TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACAS NAQ-1893 (DEVIDAMENTE DESCRITA ACIMA), ONDE AMBOS FORAM VÍTIMAS DE ACIDENTE DE TRANSITO E SOFRERAM LESÕES CORPORAIS; **E QUE NÃO DESEJAM REPRESENTAR CRIMINALMENTE**. É o aditamento/acréscimo.

ASSINATURAS

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

DAI
AGENTE DE POLÍCIA
DEBORA ALVES MONTEIRO

Lucas de Sousa Silva
(Comunicante / Vítima / Envolvido / Suposto Autor/Infrator)

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

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:

04369175305

4 - Nome completo da vítima:

LUCCAS DE SOUSA SILVA

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

5 - Nome completo:

LUCCAS DE SOUSA SILVA

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R: CURITIBA

11 - Bairro:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM

9 - Número:

761

10 - Complemento:

RR

13 - Estado:

69316192

14 - CEP:

95491168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3905

CONTA: 00007444

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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



Viuvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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, 06/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Per completo
consiglio, informate
prima lo studio

SEU CÓDIGO

9998489-9

Rovsing Energia S.A.

Av. Cipriano Ene Garza 691 - Centro - Bosque Vista - RFA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.023-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impresión: > 40/1000 (de la NEFAJ 388/13)

Nº da Nota Fiscal 0013595810

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE, foi criada pela Lei nº 12.438 de 20 de abril de 2007.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	426	327,81

RATHUNDA DE SOUZA SILVA
R. CURITIBA 761 NOVA CIDADE
CPF: 00001351055364

CEP: 69.316-192 - BOA VISTA

ROT: 15.001.25.01 161600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	29387	Atual:	06/09/2019
Anterior:	33961	Anterior:	03/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/10/2019
Consumo Medido:	426	Emissão:	05/09/2019
Consumo Estimado:	426	Aprovação:	06/09/2019

Forma de Embarque	Forma de Pagamento	Data de Embarque
-------------------	--------------------	------------------

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Modelo	Quantidade	Valor unitário	Valor total	Valor unitário	Valor total
Modelo 1	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 2	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 3	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 4	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 5	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 6	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 7	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 8	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 9	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 10	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 11	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 12	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 13	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 14	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 15	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 16	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 17	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 18	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 19	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 20	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 21	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 22	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 23	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 24	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 25	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 26	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 27	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 28	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 29	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 30	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 31	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 32	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 33	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 34	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 35	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 36	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 37	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 38	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 39	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 40	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 41	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 42	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 43	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 44	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 45	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 46	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 47	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 48	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 49	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 50	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 51	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 52	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 53	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 54	1	100,00	100,00	100,00	100,00
Modelo 55	1	100,00	100,00	100,00	100,00

Classe/Idade	Legião	Número Idosos	Pontu	Código Fiat	Mais 12 meses
1	2	3	4	5	6

RESID. B. RENDA	MOVD	F2722974	1516763	14771	388
HISTÓRICO		DESCRIÇÃO DA CONTA			

HISTÓRICO KWN		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano: consumo			
AGO/19	328	CONSUNO	30 A R\$ 0,262660 = 7,87
JUL/19	408		70 A R\$ 0,450269 = 31,51
JUN/19	335		120 A R\$ 0,675410 = 81,04
MAI/19	406		206 A R\$ 0,750449 = 154,59
ABR/19	426	SUBVENCAO BAIXA RENDA	- 51,35
MAR/19	354	RELIQCAO	7,86
FEV/19	314	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00	0,01
JAN/19	302	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	2,96
DEZ/18	272	MULTA POR ATRASO DE IL (2X)	2,27
NOV/18	447	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)	0,46
		MULTA POR ATRASO (2X)	9,60
		JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)	4,14
		ILUMINACAO PUBLICA	25,50

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800701920 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 05/03/2019, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CGNTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	70,52	Base de Cálculo:	
Energia:	149,54	Alíquota ICMS:	275,01
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	17,00%
Encargos:	7,76	Valor do PIS:	46,75
Tributos:		Valor do COFINS:	0,06

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	2000			2001			2000	2001
	Normal	Transfer	Final	Normal	Transfer	Final	Normal	Transfer
Units								
Received	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
	0,00			0,40			0,00	

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	07/2019	22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
498	10-AUG-19	R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	07/2019	R\$ 441,84

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº **294.316.382-15**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito(a) no CPF sob o nº **043.691.753-05** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **LUCAS DE SOUSA SILVA** inscrito (a) no CPF sob nº **043.691.753-05**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

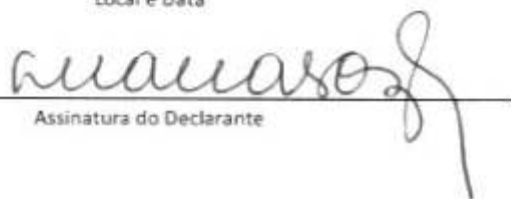
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367

Boa Vista-RR, 06/12/19

Local e Data


Assinatura do Declarante