



**EDSON SANTIAGO**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

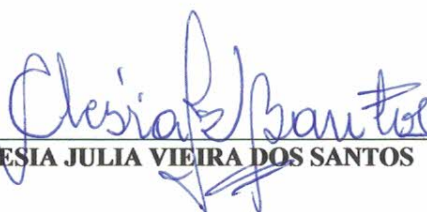
## **PROCURAÇÃO**

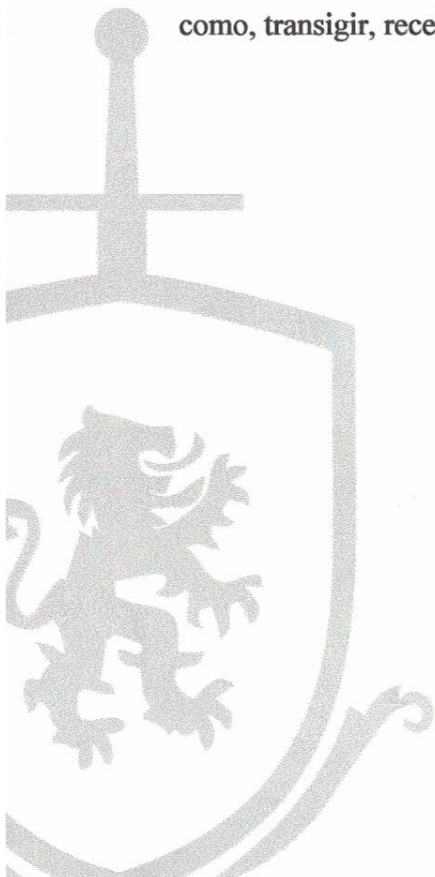
**Outorgante:** CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS, Brasileira, solteira, desempregada, portador (a) do RG nº 13162 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 015.217.212-20, residente na AV: Nossa Senhora de Nazaré, nº 1328, Bairro: Caimbé, CEP: 69.312-165, Boa Vista- RR nesta Capital. Tel.: (95) 3625-3970/ 99127-7529/ 99165-6356.

**Outorgados:** Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619 OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JUNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 1280, todos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bittencourt, nº335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber, inclusive receber alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 2 de dezembro de 2019.

  
CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

*Clesia Brito*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 13162 DATA 27/07/2018

NOME  
**CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**

FILIAÇÃO  
FILICIANO ANCELMO DOS SANTOS  
ANA HERMINIA VIEIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE  
BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM  
CERTD NASC 07720 FLS 191 LIV 35  
BOA VISTA-RR

CPF  
015.217.212-20

DATA DE NASCIMENTO  
**18/11/1952**

AMADEU ROCHA TRIANI  
Perito Facilitador do Polícia Civil  
Diretor do SOC

2ª VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR





**EDSON SANTIAGO**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

## **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

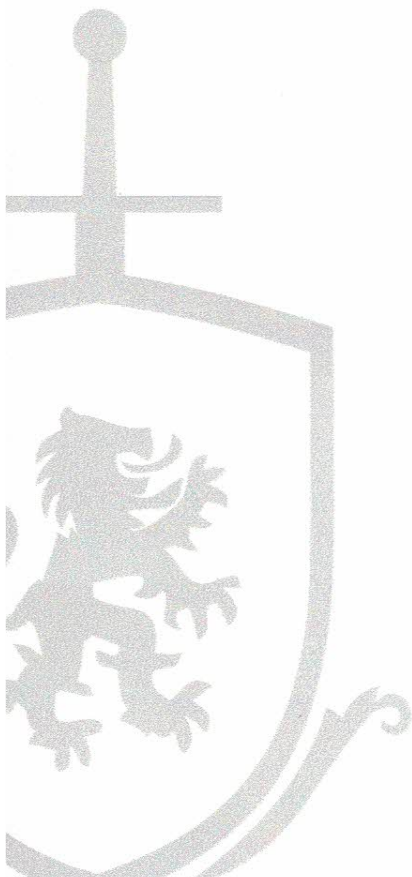
Eu : **CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**, Brasileira, solteira, desempregada, portador (a) do RG nº 13162 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 015.217.212-20, residente na AV: Nossa Senhora de Nazaré, nº 1328, Bairro: Caimbé, CEP: 69.312-165, Boa Vista-RR nesta Capital. Tel.: (95) 3625-3970/ 99127-7529/ 99165-6356.

**DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 2 de dezembro de 2019.

  
**CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS**





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 026916/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/08/2019 12:44 Data/Hora Fim: 23/08/2019 13:03  
Delegado de Polícia: Francilene Lima Hoffmann de Vargas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 5º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 22/07/2019 16:10

Local do Fato

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

Bairro: Centro  
Nº: 897

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 18/11/1952  
Profissão: Aposentado  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Ana Herminia Vieira dos Santos Nome do Pai: Filiciano Angelino dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 015.217.212-20  
RG - Carteira de Identidade: 13162

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: AV. NOSSA SENHORA DE NAZARÉ Nº: 1328  
Bairro: CAIMBÉ  
Telefone: (95) 3625-3970 (Residencial)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| Grupo Veículo        | Subgrupo Outros veículos           |
| Descrição VEICULO    | Veículo Adulterado? Não            |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido, Meio Empregado |
| Nome Envolvido       | Envolvimentos                      |
| Desconhecido 1       | Possuidor                          |
| Grupo Veículo        | Subgrupo Motocicleta/Motoneta      |



Delegado de Polícia Civil: Francilene Lima Hoffmann de Vargas  
Impresso por: Elinelson Aguiar Dos Santos  
Data de Impressão: 23/08/2019 13:03  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**5º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 026916/2019

|                                                |                                                |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Descrição</b> MOTOCICLETA                   | <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 015.217.212-20 |
| <b>Placa</b> NAM9703                           | <b>Renavam</b> 00200156764                     |
| <b>Número do Motor</b> JC42E2A321181           | <b>Número do Chassi</b> 9C2JC4220AR321181      |
| <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2010/2010         | <b>Cor</b> ROSA                                |
| <b>UF Veículo</b> Roraima                      | <b>Município Veículo</b> Boa Vista             |
| <b>Marca/Modelo</b> HONDA/BIZ 125 ES           | <b>Modelo</b> HONDA/BIZ 125 ES                 |
| <b>Veículo Adulterado?</b> Não                 | <b>Quantidade</b> 1 Unidade                    |
| <b>Situação</b> Envolvido                      | <b>Última Atualização Denatran</b> 24/12/2018  |
| <b>Situação do Veículo</b> REST.BEN.TRIBUTARIO |                                                |
| <b>Nome Envolvido</b>                          | <b>Envolvimentos</b>                           |
| Clesia Julia Vieira dos Santos                 | Proprietário                                   |

**RELATO/HISTÓRICO**

COMUNICA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELA AV. CONSOLATA QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO VEIO RÉ E COLIDIU COM SUA MOTOCICLETA, ONDE A COMUNICANTE VEIO A CAIR E LESIONAR GRAVEMENTE SEU JOELHO DIREITO. É O RELATO. PEDE PROVIDÊNCIAS.

**ASSINATURAS**

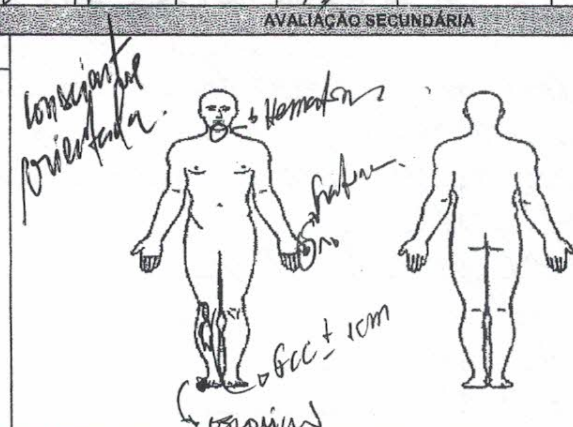
Elinelson Aguiar Dos Santos  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000746  
Responsável pelo Atendimento

Clesia Julia Vieira dos Santos  
(Comunicante/ Vítima)

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

12/08/2019 às 10:35  
COMANDO DE POLÍCIA  
DATA  
Matr. 42000746

nome: clenia julia viana dos santos ID: 66 sexo: pm

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b><br>EQUIPE SAMU BV<br><b>BRAVO I</b><br>UNIDADE: <u>BRAVO I</u> EQUIPE: <u>márcio + amil + magisto</u>                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             |
| Paciente: <u>clenia julia viana dos santos</u> Idade: <u>66</u> Sexo: <u>pm</u>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nacionalidade: <u>brasileira</u> Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Endereço: <u>AV. VOSSA sem-tre da comodilha - n° 897</u> Bairro: <u>centro</u>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Nº <u>12325</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DATA <u>22/07/2019</u>                                                                                                                                                                                                                  | HORA J/9: <u>18:30</u> BASE <input checked="" type="checkbox"/> VIA ( ) ( ) RÁDIO                                                                                                                                                                                                                              |
| Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Lucidiano</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | HORA J/10: <u>16:20</u>                                                                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> CELULAR                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| MOTIVO INICIAL: <u>CAÍDO X moto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas ( ) 4 a 24 horas ( ) Mais de 24 horas ( ) Não sabe ( )                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>VITIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>MEIO DE LOCOMOÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>OUTRA PARTE ENVOLVIDA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus                                                                                                                                                       |
| <b>AValiação INICIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>VIAS AÉREAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>VENTILAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>CIRCULAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia                                                                                                | <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade |
| <b>SINAIS VITAIS E ESCORES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | P.A mm/hg                                                                                                                                                                                                                               | F.C Bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Início <u>16:31</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <u>100x60</u>                                                                                                                                                                                                                           | <u>93</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Fim <u>16:49</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <u>100x60</u>                                                                                                                                                                                                                           | <u>100</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| F.R Mpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sat O <sub>2</sub> %                                                                                                                                                                                                                    | T. Axilar °C                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <u>20</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <u>95%</u>                                                                                                                                                                                                                              | <u>33.3</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Glicemia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Esc. visual "DOR"                                                                                                                                                                                                                       | Glasgow                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <u>133 mg/dl</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <u>10</u>                                                                                                                                                                                                                               | <u>15</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>AValiação SECUNDÁRIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>LESÃO IDENTIFICADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                      | <b>ABERTURA OCULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 1 - Dor<br>2 - Hematoma<br>3 - Contusão<br>4 - Escoriação<br>5 - Laceração<br>6 - Luxação<br>7 - Fratura fechada<br>8 - Fratura exposta<br>9 - Amputação<br>10 - Evisceração<br>11 - Afundamento de crânio<br>12 - Ferimento penetrante<br>13 - Tórax instável<br>14 - Enfisema subcutâneo<br>15 - Ferida aspirativa<br>16 - Empalamento<br>17 - Outros |                                                                                                                                                                                                                                         | 4 - Espontânea<br>3 - Ao comando<br>2 - A dor<br>1 - Sem resposta                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | <b>RESPOSTA VERBAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 3 - Orientado<br>4 - Confuso<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Sem resposta                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | <b>RESPOSTA MOTORA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                         | 6 - Obedece a comandos<br>5 - Localiza a dor<br>4 - Movimento de retirada<br>3 - Flexão anormal<br>2 - Extensão anormal<br>1 - Sem resposta                                                                                                                                                                    |
| <b>AValiação CARDÍACA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia                                             | <b>AFEÇÃO CLÍNICA</b>                                                                                                                                                                                                                   | <b>HISTÓRIA PEGRESSA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecçosa <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> Digestiva | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> HAS <input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso                                                               |
| <b>GRAVIDADE COMPROVADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Ileso <input checked="" type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Óbito                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Dr. Luiz Fernando Junges<br>Cirurgião Geral<br>CRM RR 1583                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>MEIOS ACIONADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>INCIDENTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento / Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input checked="" type="checkbox"/> Note                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>RCP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> Término às: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>DESTINO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI                |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

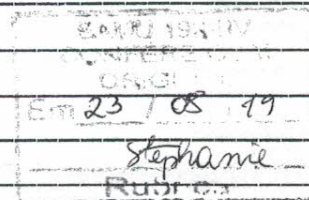
|                 |                                                                                                                                |           |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| PE<br>DO        | Assinatura do Receptor: _____                                                                                                  |           |
|                 | Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: |           |
|                 | Assinatura do Paciente: _____                                                                                                  | RG: _____ |
|                 | TESTEMUNHA 01: _____                                                                                                           | RG: _____ |
| TERMO DE RECUSA | TESTEMUNHA 02: _____                                                                                                           | RG: _____ |

| GESTANTE                                                         |                                                                  |                                                    |                                                   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Idade Gestacional: _____                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes  | <input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva    |                                                   |
| Perda de líquido: _____                                          | <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.               | <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante    |                                                   |
| BCF: _____                                                       | <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s            | <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante    |                                                   |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS                                         |                                                                  |                                                    |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Aspiração                               | <input type="checkbox"/> Máscara laríngea                        | <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca    | <input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas |
| <input type="checkbox"/> Cânula de Guegel                        | <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie               | <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical | <input checked="" type="checkbox"/> Curativos     |
| <input type="checkbox"/> Cateter nasal: _____ L/min              | <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica              | <input checked="" type="checkbox"/> Headblock      | <input type="checkbox"/> Parto vaginal            |
| <input type="checkbox"/> Máscara facial: _____ L/min             | <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria                    | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa  | <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência    |
| <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: _____ L/min        | <input type="checkbox"/> Dreno de tórax                          | <input checked="" type="checkbox"/> Tirantes       | <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação  |
| <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal                   | <input type="checkbox"/> Descompressão torácica                  | <input type="checkbox"/> KED                       | <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° _____ | <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo         |                                                   |
| MEDICAMENTOS PRESCRITOS                                          |                                                                  |                                                    |                                                   |
| FÁRMACO                                                          | DOSE                                                             | VIA                                                | HORA                                              |
|                                                                  |                                                                  |                                                    |                                                   |
|                                                                  |                                                                  |                                                    |                                                   |
|                                                                  |                                                                  |                                                    |                                                   |
|                                                                  |                                                                  |                                                    |                                                   |
|                                                                  |                                                                  |                                                    |                                                   |
|                                                                  |                                                                  |                                                    |                                                   |

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

23/07/2019. 16:10. A B9 pr foi acionada via central 192 e pr  
atendeu a uma ocorrência de parturiente hemorróica, no local encontr-  
my a vítima no solo em decúbito dorsal; feita abordagem primária  
não foi constatado o nível de consciência preservado, orientado-  
na secundária, foi representado sinais vitais com arte-  
ria em pulso vital; comunicados a médica responsável que autoriza  
35v orientando para a urgência de transferir do HUK.

material para:  
1o 04 pr de sutura proced. (M).  
2o 01 Kfz. 250 pr  
3o 01 pr compressa esteril  
4o 01 pr gaze esteril.



Márcia Cleide de Silva Pereira  
Enfermeira  
CORRELA e carimbo do profissional

1901138952

Mace 1.

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |      |      |             |  |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|------|-------------|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |      |      |             |  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |      |      |             |  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |      |      |             |  |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH  | DN   |             |  |
| PACIENTE                             | Cleiza Julia                                            |      |      |             |  |
| AGNÓSTICO                            | Rx Placa tibial                                         |      |      |             |  |
| ALERGIAS                             | HAS                                                     | NEGA | DM2  | NEGA        |  |
| IDADE                                | LEITO                                                   |      | DATA | 22-07-19    |  |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |      |      | HORÁRIO     |  |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |      |      | SND         |  |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |      |      | Manter      |  |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |      |      | SUSP.       |  |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |      |      | 4-06-12     |  |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |      |      | SN          |  |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      |      | SN          |  |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      |      | SN          |  |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |      |      | NT 22-06-14 |  |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |      |      | SN          |  |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |      |      | SUSP.       |  |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |      |      | SUSP.       |  |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |      |      | SN          |  |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |      |      | Rotina      |  |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |      |      | Rotina      |  |
| 15                                   | Paracetamol 500mg VO 1x/dia                             |      |      | 22-08       |  |
| 16                                   | metformina 850mg VO a noite                             |      |      | 22          |  |
| 17                                   | Whitener 084 VO 1x/dia                                  |      |      | 06          |  |
| 18                                   |                                                         |      |      |             |  |
| 19                                   |                                                         |      |      |             |  |
| 20                                   |                                                         |      |      |             |  |
| 21                                   |                                                         |      |      |             |  |

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

06:h PA=110x66 P=73 T=36.2°

| SINAIS VITAIS |        |    |    |        |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | T      |
| 12 H          |        |    |    |        |
| 18 H          | 142x79 | 86 |    |        |
| 24 H          | 105x67 | 73 | -  | 36.5°C |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NIR

Regulado  
para leito

310 - 101

Regulação Interna  
Paulinha

SSVV: 29:40

FC= 82 BPM

FR= 20 RPM

PA= 150x80 mmHg

SP02=

Descto 23.h 62 g/dl  
col 40-64 25%

06:h DesT= 100 g/dl

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bdg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Plano Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

12 SET. 2019  
Silva

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

Dr. Pedro Diogo  
Ortopedia e Traumatologia

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS UNIDOCUM

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

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

|                                                           |                                                                         |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Nome Completo:                                            | D. <u>Elise Julia Vene dos Santos</u>                                   |                                                          | Enfermaria:                                      | 402                                                  |                                              | Leito:                                            | 4                                |                                                                                        |          |
| Hipótese Diagnóstica:                                     | <u>fratura plav. lateral D</u>                                          |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  | Sexo:                                                                                  | <u>M</u> |
| Coloqu岸mo ou Precaução:                                   | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | <input type="checkbox"/> Padrão                  | <input type="checkbox"/> Contato                     | <input type="checkbox"/> Gotícula - bernisoi | <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos    |                                  |                                                                                        |          |
| Alergia:                                                  | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Qual(is):                                        |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Necessidade de Interprete?                                | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Qual idioma:                                     |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Possui acompanhante:                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim                                 | <input type="checkbox"/> Não                             | Obs:                                             |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Deambulação:                                              | <input type="checkbox"/> Normal                                         | <input type="checkbox"/> Sem deambulação                 | <input type="checkbox"/> Acamado                 | <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Fraca               | <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante |                                  |                                                                                        |          |
| SISTEMA NEURÓLOGO                                         |                                                                         |                                                          | SISTEMA CARDIOVASCULAR                           |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente            | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado                           | <input type="checkbox"/> Desorientado                    | <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Bradicárdico                | <input type="checkbox"/> Taquicárdico        | BC: _____                                         |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Sedado                           | <input type="checkbox"/> Torporoso                                      | <input type="checkbox"/> Comatoso                        | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso   | <input type="checkbox"/> Hipotenso                   | <input type="checkbox"/> Hipertenso          | PA: _____                                         |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Agitado                          | <input type="checkbox"/> Reage a estímulos                              | <input type="checkbox"/> Não reage                       | <input type="checkbox"/> Pulso Cheio             | <input type="checkbox"/> Filiforme                   | <input type="checkbox"/> Arritmico           | Pulso: _____                                      |                                  |                                                                                        |          |
| PUPILAS                                                   |                                                                         |                                                          | ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL           |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Esotórreagente                   | <input type="checkbox"/> Mióticas                                       | <input type="checkbox"/> Midríaticas                     | <input checked="" type="checkbox"/> VO           | <input type="checkbox"/> SNG/SOG                     | <input type="checkbox"/> SNE/SOE             | <input type="checkbox"/> GTT                      | <input type="checkbox"/> MPT     |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Isocóricas                       | <input type="checkbox"/> Anisocóricas                                   | <input type="checkbox"/> Não reagentes                   | Aceitação da dieta:                              |                                                      |                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Sim           | <input type="checkbox"/> Não     | <input type="checkbox"/> Parcial                                                       |          |
| REGULAÇÃO TÉRMICA                                         |                                                                         |                                                          | Evacuações:                                      |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Afebril               | <input type="checkbox"/> Hipotérmico                                    | <input type="checkbox"/> Hipertérmico                    | <input type="checkbox"/> Presente                | <input type="checkbox"/> Ausente                     | <input type="checkbox"/> Colostomia          |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Febril                           | <input type="checkbox"/> Febre                                          | <input type="checkbox"/> Pirexia                         | <input type="checkbox"/> Normal                  | <input type="checkbox"/> Diarreia                    | <input type="checkbox"/> Constipação         | <input type="checkbox"/> Melena                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Hiperpirexia                     |                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> Flatos                  | <input type="checkbox"/> Presente                    | <input type="checkbox"/> Ausente             |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE                                   |                                                                         |                                                          | REGULAÇÃO ABDOMINAL                              |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada             | <input type="checkbox"/> Desidratada                                    | <input type="checkbox"/> Ressecada                       | <input type="checkbox"/> Normotenso              | <input type="checkbox"/> Distendido                  | <input checked="" type="checkbox"/> Globoso  | <input type="checkbox"/> Flácido                  |                                  |                                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada           | <input type="checkbox"/> Hipocorada                                     | <input type="checkbox"/> Hipercoorada                    | <input type="checkbox"/> Ascítico                | <input type="checkbox"/> Maciço                      | <input type="checkbox"/> Timpânico           |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Anémica               | <input type="checkbox"/> Ictérica                                       | <input type="checkbox"/> Cianótica                       | Ruidos Hidroaéreos:                              |                                                      |                                              | <input type="checkbox"/> Presente                 | <input type="checkbox"/> Ausente |                                                                                        |          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Edematosa             | <input type="checkbox"/> Edema Local:                                   |                                                          | Visceromegalias:                                 |                                                      |                                              | <input type="checkbox"/> Sim                      | <input type="checkbox"/> Não     | <input type="checkbox"/> FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |          |
| Úlcera por pressão:                                       | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | SISTEMA URINÁRIO / DIURESE                       |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Região:                                                   |                                                                         |                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea   | <input type="checkbox"/> SVD                         | <input type="checkbox"/> Anúria              | <input type="checkbox"/> Oligúria                 |                                  |                                                                                        |          |
| Curativo realizado:                                       | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | <input type="checkbox"/> Polúria                 | <input type="checkbox"/> Disúria                     | <input type="checkbox"/> Colúria             | <input type="checkbox"/> Hematúria                |                                  |                                                                                        |          |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                      |                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> Cistostomia             | <input type="checkbox"/> Irrigação contínua          | <input type="checkbox"/> Uropen              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Eupneico                         | <input type="checkbox"/> Bradipneico                                    | <input type="checkbox"/> Taquipneico                     | <input type="checkbox"/> Dispneico               | <input checked="" type="checkbox"/> Ao ambiente      | <input type="checkbox"/> Traqueostomia       |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Oxigenoterapia:                                           | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Qual:                                            |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| CONTROLE DE CATETES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES      |                                                                         |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Cateter Periférico:                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Sim                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Local:                                           | Data:                                                |                                              | Trocar em:                                        |                                  |                                                                                        |          |
| Cateter Central:                                          | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Local:                                           | Curativo realizado em:                               |                                              | Trocar em:                                        |                                  |                                                                                        |          |
| Sinais de Infecção no sítio da punção:                    |                                                                         |                                                          | <input type="checkbox"/> Sim                     | <input type="checkbox"/> Não                         |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Sondas:                                                   | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | <input type="checkbox"/> SNG                     | <input type="checkbox"/> SOG                         | <input type="checkbox"/> SNE                 | <input type="checkbox"/> SOE                      | <input type="checkbox"/> GTT     | <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem                    |          |
| Dreno de:                                                 |                                                                         |                                                          | Aspecto da secreção:                             |                                                      |                                              | Quantidade:                                       |                                  |                                                                                        |          |
| Cateter Vesical:                                          | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Data da instalação:                              |                                                      |                                              | Trocar em:                                        |                                  |                                                                                        |          |
| Prótese:                                                  | <input type="checkbox"/> Sim                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Não                  | Tipo:                                            |                                                      |                                              | Local:                                            |                                  |                                                                                        |          |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                 |                                                                         |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada           | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz                   | <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão      |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Risco de Infecção                | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada              | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Quedas      |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada | <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada       | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração        |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável       | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada       | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> Risco de constipação            |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo     | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado                     | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente    | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene            |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Escala de Morse                                           |                                                                         |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| 1. Histórico de Queda                                     | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado                            |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Não                                                       | 0                                                                       | Não                                                      |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Sim                                                       | 25                                                                      | Sim                                                      |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| 2. Diagnóstico Secundário                                 | 5. Marcha/Deambulação                                                   |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Não                                                       | 0                                                                       | Normal/Sem deambulação/Acamado                           |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Sim                                                       | 15                                                                      | Fraca                                                    |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| 3. Auxílio na Deambulação                                 | Comprometida/Cambaleante                                                |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado                                  | 0                                                                       | 6. Estado Mental                                         |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Muleta/Bengala/Aridador                                   | 15                                                                      | Orientado/limitado/conhece as limitações                 |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Mobiliário Parede                                         | 30                                                                      | Superestima capacidade/Esquece limitação                 |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| TOTAL:                                                    | Risco Baixo: 0 - 24                                                     |                                                          | Risco Médio: 25 - 44                             |                                                      | Risco Alto: maior que 45                     |                                                   |                                  |                                                                                        |          |
| Prescrição para prevenção de queda no verso               |                                                                         |                                                          |                                                  |                                                      |                                              |                                                   |                                  |                                                                                        |          |

Risco de quedas Alto

Assinado digitalmente por Edson Silva Santiago

COTENPRO 333.332 - ENF

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



GOVERNO DE  
RORAIMA  
Hospital Geral de  
Roraima

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

HGR

Hospital Geral  
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO 22/07/2019 DIH DN 18/11/1952

PACIENTE CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

ALERGIAS

IDADE 66 LEITO 402-4 DATA 26/07/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

|    |                                                                                                                                                                                                                     |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |  |
| 2  | AVP                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 3  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N                                                                                                                                                                        |  |
| 4  | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |  |
| 5  | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                                          |  |
| 6  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                               |  |
| 7  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |  |
| 8  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                         |  |
| 9  | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |  |
| 10 | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |  |
| 11 |                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 12 |                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 13 |                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 14 |                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 15 |                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 16 |                                                                                                                                                                                                                     |  |
|    | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA



SINAIS VITAIS

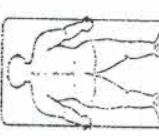
|      |    |    |    |
|------|----|----|----|
| 6 H  | PA | FC | FR |
| 12 H |    |    |    |
| 18 H |    |    |    |
| 24 H |    |    |    |

*Calte, tto conservado*  
*Examinado no HCU*

06/05/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO DO HOSPITAL



|                         |                                              |                       |                    |                     |
|-------------------------|----------------------------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº                                 | Versão:08             | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
| Tratamento de Feridas - | Paciente: <u>lesia Julia Vieira do Santo</u> |                       |                    |                     |
| HGR                     | Leito: <u>402-4</u>                          | Data: <u>25/07/19</u> |                    |                     |

|                                         |                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                                                                                                  |                           |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Localização                             |                                                                                               | Região: <u>M.I.D</u>      |                                                                                                 | Região:                   |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: <u>I</u> ( ) II ( ) | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: | Grau: <u>I</u> ( ) II ( ) |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                                                        |                           | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                                                        |                           |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                               |                           | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                                               |                           |
| tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                           |                           | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                                             |                           |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmido ( ) Seco                                                                                                                 |                           | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                                   |                           |
| Solução de Limpeza                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                  |                           | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                                      |                           |
| Cobertura primária                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                       |                           | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                                           |                           |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário ( ) 48/48h                                                                                                                |                           | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                                  |                           |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Juliana Mendes de Lima<br>Enfermeira de Enfermagem<br>Régua RF 386.803                  |                           |                                                                                                                                                                                  |                           |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                                                                                                  |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                   |                                                        | <p align="center"><b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br/> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br/> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b></p> |       |      |            |  |  |
| <p align="center"><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b></p>                                                                                                                                                                                                                    |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        | 22/07/2019                                                                                                                                         | DIH   |      | DN         | 18/11/1952                                                                          |  |
| <b>PACIENTE</b> <b>ECLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| <b>AGNÓSTICO</b> <b>FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        |                                                                                                                                                    | HAS   |      | DM2        |                                                                                     |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             | 66                                                     | LEITO                                                                                                                                              | 402-4 | DATA | 28/07/2019 |                                                                                     |  |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                             |                                                                                                                                                    |       |      |            | HORÁRIO                                                                             |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                       |                                                                                                                                                    |       |      |            | S.V.S                                                                               |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                    |                                                                                                                                                    |       |      |            | monit                                                                               |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N           |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                             |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |                                                                                                                                                    |       |      |            | SN                                                                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N            |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |                                                                                                                                                    |       |      |            | epilino                                                                             |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            | M                                                                                   |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |                                                                                                                                                    |       |      |            |                                                                                     |  |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO  
CONDUTA: MANTIDA

| SINAIS VITAIS |          |    |    |       |
|---------------|----------|----|----|-------|
| 6 H           | PA       | FC | FR |       |
| 12 H          | 120 x 67 | 72 | 18 | 35.7  |
| 18 H          | 100 x 60 | 72 | 18 | 36.1  |
| 24 H          | 89 x 64  | 70 | —  | 36.25 |

06 107x60 77 - 35,60

06 107x60 +7 - 35,6 c

As 13h Pac refere não evacuar a 4 dias  
Realizado curativo pela equipe responsável.  
As 13:30 foi encaminhada p/T.C. T. 107x60

Maria do Rosario A. Vilela  
Reg. em Enfermagem  
00219/RN 458.431-TE

Marin do Rosário A. V.  
Téc. em Ed. em M. em  
CENIPA 158.431-TE

402-4

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                       |       |       |      |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                       |       |       |      |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | 22/07/2019                                            | DIH   |       | DN   | 18/11/1952 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | CLEZIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS                        |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           | FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO                       |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 66                                                    | LEITO | 402-4 | DATA | 24/07/2019 |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | S N B      |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                   |       |       |      | mark       |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N          |       |       |      |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                            |       |       |      |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      | S          |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N           |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      | notu       |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      | curab      |
| 11                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                       |       |       |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |       |
| 12 H          | 126/80 | 72 | SR | 36.0  |
| 18 H          | 124/73 | 55 | SR | 36.2  |
| 24 H          | 104/69 | 69 | SR | 36.28 |

06 113/64 72 SR 36.4°C

Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1995

402-4



GOVERNO DE  
RORAIMA  
Hospital Geral de  
Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO 22/07/2019 DIH DN 18/11/1952

PACIENTE CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

AGNÓSTICO FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO

ALERGIAS

IDADE 66 HAS LEITO MACA 1 DM2 DATA 23/07/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SND

2 AVP manter

3 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N

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

5 DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N

6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

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

8 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

9 SSVV + CCGG 6/6 H Rotina

10 CURATIVO DIÁRIO m

11

12

13

14

15

16

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, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA     | FC | FR  | TAR  |
|------|--------|----|-----|------|
| 12 H | 102/62 | 68 | 20  | 35.9 |
| 18 H | 138/73 | 66 | -   | 35.8 |
| 24 H | 129/76 | 72 | 5/R | 36.1 |

06 121/82 69 5/R 36.4

Carlos E. da Rosa  
CRM 463

Coleta de Exame: 24/07/19  
05:05  
Coleta



D

data 26.07.19

**BLOCO D**



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

*Cléia Julia*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

*173754*

F

7 - NÚMERO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

*7000705480259480*

8 - DATA DE NASCIMENTO

*18/11/52*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

*Ara Hermínia Vieira dos Santos*

11 - TELEFONE DE CONTATO

*95994950356*

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

*Av. N: S: da Nazaré 1328 Lourimbe*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

*BV*

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

*RJ*

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Paciente com fratura de fêmur tibial*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*TTO Urgente*

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

*EF + Rx*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

*Fratura de fêmur tibial*

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

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Internação*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

*Dr. Pedro*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

*22/07/19*

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

*Dr. Pedro S. Giovanni*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) / RQE 684**

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*22/07/19*

*0308010019  
T068  
5821  
W499*

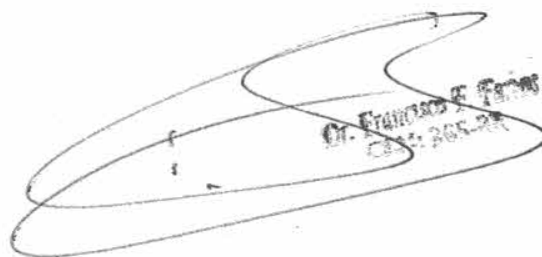
## Laudo Médico

Elisie Julie Vireu dos Santos, C.T. 13162 SSP/LA, vítima de acidente automobilístico, com fratura de platô tibial, conforme ficha de atendimento 192138953 P.S. Francisco Elsbão, com indicação de cirurgia ortopédica. Periciando em nome que ficou hospitalizado por 5 dias, sendo dado alta, sem cirurgia devido falta de material devido crise na saúde do Estado de Paraná.

Periciando apresenta marcha claudicante à direita, limitação para impressões, flexão, rotação interna e externa, redução de força e mobilidade de joelho direito, comprometendo atividades laborativas com membro inferior direito.

Conclusão: Periciando com sequelas funcionais permanentes de membro inferior direito.

Boa Vista, 06/11/2019

  
Dr. Francisco Elsbão  
CRM: 205.201



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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190580143

Vítima: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: CLESIA JULIA VIEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 000000058498-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00801/00802 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8CS 76NXZ X3KEX 6QE63