Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (DAMS): | 3 - CPF da vítima: 663.676.112-15 | 4 - Nome completo da vítima: KATIA GOMES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: KATIA GOMES DA SILVA | 6 - CPF: 663.676.112-15

7 - Profissão: DO LAR | 8 - Endereço: RUA VICINAL MOSCOU - VILA S. FRANCISCO | 9 - Número: S/N | 10 - Complemento: ZONA RURAL

11 - Bairro: VILA SÃO FRANCISCO | 12 - Cidade: BONFIM | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69.380-000

15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com | 16 - Telefone: (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL SALÁRIO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1,00 A R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.000,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO(A) INDENIZADO(A) ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO(A) INDENIZADO(A) MENOR/INTERDITO

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ( ) ( ) CONTA: ( ) ( )
(informar o dígito se houver) (informar o dígito se houver)

☒ CONTA CORRENTE (outros bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 4263 (3) CONTA: 44995 (4)
(informar o dígito se houver) (informar o dígito se houver)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, [illegible] de Invalidez Permanente [illegible] IML [illegible] Invalidez Permanente [illegible] abaixo:

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende à região do acidente ou na minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 07 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima citado, solicito a encaminhamento de análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por Invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em que submeta à avaliação pericial da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa avaliação não agride minha saúde e integridade física, ou prática ou omissão de conduta, caso discorde do seu contido.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União Estável ☐ Separado(a) ☐ Desquitado(a) ☐ Viúvo(a) | 24 - Grau de Parentesco com a vítima: | 25 - Vítima deixou companheiro(a)/s: ☐ Sim ☐ Não | 26 - Se afirmou deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tiver filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou mãe viva? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tiver irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pai/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder (Líder), caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos seus beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cientes, cinco, de que qualquer omissão ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impossibilitado de assinar (vítima ou beneficiário não alfabetizado)

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

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

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

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA - RR, 09 de dezembro de 2019

41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): Katia Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KATIA GOMES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000552432-6

Nr. Autenticação
BRADESCO1302202005000000000023700522000000552432675 00 PAGO

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0149413-9

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

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 388/13

Nº da Nota Fiscal 003812138

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
OUTUBRO/2019	26/10/2019	224	136,89

ROBERTO MATEUS DA SILVA COMUNIDADE MOSCOU
VC MOSCOU COMUNIDADE MOSCOU

CPF: 00051223368220
CEP: 69.300-000 - VILA SAO FRANCISCO

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	4390
Anterior:	4166
Dias de consumo:	31
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	224
Consumo Faturado:	224

DATAS DA LEITURA

Atual:	11/10/2019
Anterior:	10/09/2019
Próxima leitura:	11/11/2019
Emissão:	10/10/2019
Apresentação:	11/10/2019

N: 104.009.84.50.076160

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RURAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	70817070
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

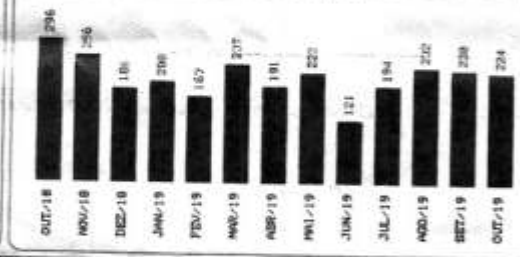
CONSUMO	224 A R$ 0,535228 =	119,89
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		17,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 224 - 0,444240

Média 12 meses: 211

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R$
07/2019	101.18
05/2018	47.48

======== AVISO DE DEBITOS VENCIDOS ========

Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R$ ******148.66 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s) debito(s) Ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Roraima Energia com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 08007819120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO A75F.FA9C.B408.A744.C467.4C80.2389.FFDC

FCAH

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:	65,31	Encargos:	3,39
Distribuição:	38,81	Tributos:	20,38
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
119,89	ICMS:	17,00%	20,38
	PIS:	0,00000%	0,00
	COFINS:	0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FIC			DMIC	DICI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal

RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO 0126055-3

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

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

Nº da Nota Fiscal: 000941569

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R$)
OUTUBRO/2019	26/11/2019	363	302,83

RAQUEL DELL EUGENIO
AV BENTO BRABIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899
CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual:	20134
Anterior:	19771
Dias de consumo:	33
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo medido:	363
Consumo Faturado:	363

DATAS DA LEITURA

Atual:	29/10/2019
Anterior:	26/09/2019
Próxima leitura:	29/11/2019
Emissão:	28/10/2019
Apresentação:	29/10/2019

R: 12.001.02.11.003058

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BI
Número Medidor:	14TDB00002
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	363 A R$ 0,764602 =	277,55
ILUMINACAO PUBLICA		25,28

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 363 - 0,634620

Média 12 meses: 286

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
08/2019	285,64

Unidade consumidora sujeita a suspensao do fornecimento de energia eletrica a partir de 13/11/2019, em funcao das contas reavisadas nesta fatura. O nao pagamento poderá ensejar tambem a inclusao do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e ja reavisada(s) no valor de R$ 210.07 (valor historico) Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATE 13.12.19 P/ NAO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATE 30%.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO H32H.5482.6H34.74C9.4DF9:4302.CD4H.4502

FCHM

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Energia:	151,21	Encargos:	7,85
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R$

Base de Cálculo:		ALÍQUOTA	VALOR
277,55	ICMS:	17,00%	47,18
	PIS:	0,00000%	0,00
	COFINS:	0,00000%	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	6,83	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54	
Realizado	0,43			1,00			0,00	
Conjunto	CENTRO			Período de apuração:		08/2019	EUSO:	110,56

R: 12.001.02.11.003058
FCHM

RORAIMA ENERGIA

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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R$
0126055-3	302,83
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
10/2019	26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 000941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1

SEQ.: 00216
LEITURA: 20134
DT.VENC.: 26-11-2019
Nº: 0126055-3
NORMAL
IMPRES.: 000
DT.LEIT.: 29-10-2019
TOTAL: 302.83
COLETOR: 130
T.ENTR.: 07
CARGA: 010
RA428 - ARE 1000

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELVIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário KATIA GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 663.676.112 / 15,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima KATIA GOMES DA SILVA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 663.676.112 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder–DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

Endereço: AV. BENTO BRASIL		Número: 248	Complemento:
Bairro: CENTRO	Cidade: BOA VISTA	Estado: RR	CEP: 69.301-050
E-mail: confiancacst@hotmail.com			Tel.(DDD): (95) 98118-1200

Local e Data: Boa Vista. RR, 03 de dezembro de 2019.

Assinatura do Declarante

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	663.676.112-15	KATIA GOMES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: KATIA GOMES DA SILVA
6 - CPF: 663.676.112-15

7 - Profissão: DO LAR
8 - Endereço: RUA VICINAL MOSCOU
9 - Número: S/N
10 - Complemento: ZONA RURAL

11 - Bairro: VILA SÃO FRANCISCO
12 - Cidade: BONFIM
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.380-000

15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 0522 3 (Informar o dígito se existir) CONTA: 0551708- 7 (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, Boa Vista - RR, 10 de Janeiro de 2020.

Katia Gomes da Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / PSL
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305

Classificação: Vermelho / Laranja / Amarelo / Verde / Azul Aqui

Reclassificação: Vermelho / Laranja / Amarelo / Verde / Azul Aqui

Reavaliação: Vermelho / Laranja / Amarelo / Verde / Azul Aqui

1800155605 09/05/2019 11:01:32 **FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA** DIURNO 07-19

Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
KATIA GOMES DA SILVA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	210468	SSP/RR		F		INDÍGENA		BRASIL

Mãe: MARIA GOMES DA SILVA
Pai:
Contato:

Endereço: - MALOCA DAMOSCOU - - - -
Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco | Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Aten.: | Procedência | Temp. | Fcac | Pressão

Sexo: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: VIATURA
Procedimento Sol.:
Registrado por: EDVAN.NASCIMENTO

Queixa Principal
( ) Síndrome Febril ( ) Sintomático Respiratório ( ) Suspeita de Dengue

ESMAGAMENTO PÉ (G)

Anamnese de Enfermagem

GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MNV: 1 2 3 4 5 6 | TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___ : ___ h)

ACIDENTE: PEDRO QUE A RODA DE UM CARRO PASSOU POR CIMA DE SEU PÉ (G)

Exame Físico

BEG, LOTE, ACIANOTICO, HIDRATADO, MV + SI RA, ABD PLANO, RHA, PEC < 4 S BOBRA, DOR EM PÉ (G)

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO X ( ) ULTRASSOM ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS: ___

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
[illegible]	[illegible]	

Conduta
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revelia
( ) Transferência para: [illegible]
( ) Ambulatório
( ) Observação
( ) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ___ / ___ / ___ ___ : ___

Óbito
Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Tanatos ( ) DIL Anatomia Patológica ( ) ___

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico
Dr. [illegible]
CRM-RR [illegible]

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 09/05/2019 11:04:19

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 19/9/19 O.S.:

Carla Jovem de Melo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [illegible]

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: [illegible]

TIPO DE INTERVENÇÃO: [illegible]

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Dr. Max [illegible] Martins

CIRURGIÃO: [illegible] 1º AUXILIAR: [illegible]

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

[illegible]

Pelo

[illegible]

Pois pelo [illegible]

Espanhol. [illegible]

[illegible] Entre Espanhol

[illegible] [illegible] Espanhol

[illegible] Cerro Chapé

[illegible]

1214

FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Katia gomes da silva	APT OU LEITO: 50ª	Nº DO PRONTUÁRIO:	DATA: 09/09/19

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO: Fio cirúrgico de Frat. Exposta de fêmur multifragmentar	INICIO: 15:12	FIM: 16:05	TEMPO TOTAL:

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO: Dr. Emás	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR: Rus. Pablo	RES. ANESTESIA: Dr. Bruno R.Z
2º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
	CIRCULANTE: Robson + Socorro
	TEMPO DE DURAÇÃO:

TIPO DE ANESTESIA: Raque

QUANT.	MATERIAIS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	
[illegible]	PACOTES GAZE	
	LUVA ESTERIL 7.0	
	LUVA ESTERIL 7.5	
	LUVA ESTERIL 8.0	
	LUVA ESTERIL 8.5	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	p.m
[illegible]	LÂMINA BISTURI Nº 20	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº	
	~~SERINGA 01ML~~ Ampola 25x7	
[illegible]	SERINGA 03ML	
[illegible]	SERINGA 05 ML	
	~~SERINGA 10ML~~ de Sufadiazinada Prata	
+29	SERINGA 20ML	
[illegible]	Eletrodos	

QUANT	MEDICAMENTOS	VA
[illegible]	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml Cetim de Q	
	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	FIO VICRYL Nº	
[illegible]	FIO MONONYLON Nº 3.0	
	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
[illegible]	~~FIO CATGUT CROMADO Nº~~ - mônocrom	
	FIO PROLENE Nº	
[illegible]	~~FIO SEDA Nº~~ - [illegible]	
	SURGICEL	
	~~CERA P/ OSSO~~ - Lâmina Nº 18	
[illegible]	~~BIT CATARATA Nº~~ - Lâmina de Bisturi	
	~~GEOFOAM~~ - equipo macro	
	FITA CARDIACA	
	OUTROS: cateter 02	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSAVÉIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE: Rebeca Luciano	MATERIAL MEDICAMENTOS
		SUB- TOTAL
		TAXA DE SALA
		TAXA DE ANESTESIA
FUNCIONÁRIO(A) CELOS	CIRCULANTE DE SALA: Socorro e Robson	ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

07 SET 2019

121.4

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA 5 MTT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-4	DATA	10/09/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO	[illegible]
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/8 h	14 22 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 06
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H	18 24 06
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
18	CURATIVO DIÁRIO	M
19		
20		
21		

~~[illegible] CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (BC), BOMBA/ME EQUIVALENTE~~
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (BC), BOMBA/ME EQUIVALENTE
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 MEDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO :
CONDUTA : MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA :

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	14x09	76		33
18 H				
24 H				

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

Pt acamado LOTE, mediado SSVV e indicação de cirurgia.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

CPFnº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

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

Boa Vista, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do paciente: Maria Gomes da Silva

Responsável:

1)Assinatura: _____

Nome: _____ Grau de Parentesco: _____

CPFnº _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____ CRM _____

Dr. [illegible] Regulador

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CFM: 1414

NIR

Transf: 10109119

Sistema Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

NIR

1- VERIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

4- CNES

5- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

6- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7- NOME DO PACIENTE

8- Nº DO PROTOCOLO 55630

9- SEXO

10- DATA DE NASCIMENTO 06/01/59

11- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 706171049818419141115

12- TELEFONE (DDD)

13- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Maria Gomes Vieira Silva

14- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15- COD IBGE MUNICÍPIO

16- UF

17- CEP

18- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19- HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Pólipo Espôlio de Traqueia

a Esquerda

20- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pós Cirúrgico

21- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS (EXAMES REALIZADOS)

22- CID PRINCIPAL

23- CID SECUNDÁRIO

24- CAUSAS ASSOCIADAS

Pólipo Espôlio de Traqueia a Esquerda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pólipo Espôlio de Traqueia

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30- CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

32- CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Pólo Cardio Pulmonar

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- DATA DO ACIDENTE

34- HORA

35- CAUSA BÁSICA

36- CID

37- NATUREZA DO TRABALHO

38- CNPJ DA EMPRESA

39- NOME DA EMPRESA

40- CNAE

41- NOME DO TRABALHO FÍSICO

42- EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO

43- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44- CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45- DATA DA AUTORIZAÇÃO

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47- DOCUMENTO (CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

48- COMENTÁRIO

49- ESTADO DA AUTORIZAÇÃO

50- ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL (DIRETOR DO HOSPITAL)

040 050 462

5973

11/9/15

11499

10.09
13.09

2116

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CPB- Art. 154 – "Revelar a alguém, sem justa causa, segredo, de que se tem ciência em razão da função, ministério, ofício ou profissão e cuja revelação pode produzir danos a outrem". - Pena de detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano ou multa.

REQUERIMENTO Nº: 31 / 2019

Eu: Katia Gomes da Silva
Est. Civil: Casada Profissão:
Portador (a) do RG. 230.468 Org. Emissor/UF: SSP/RR
Endereço: Comunidade Nova Nº S/N Bairro:
Telefone: 99365 - 9902 / 99152 - 0837
Grau de parentesco com o paciente: O Mesmo
Solicito de Vossa Senhoria, cópia do prontuário de atendimento médico do paciente:
Katia Gomes da Silva
Motivo da Solicitação: bpvat
(X) acidente de trânsito ( ) outros
Data do atendimento: 03/09/2019.
Período: ( ) Manhã ( ) Tarde (X) Noite
Setor: (x) EMERGÊNCIA ( ) AMBULATÓRIO (X) INTERRNAÇÃO

Boa Vista-RR, 05 de Novembro de 2019.

Katia Gomes da Silva
Assinatura do requerente

Ao Ilmo. Sr. André César Coelho Rosa da Silva
Diretor Geral do Hospital das Clínicas

Recebido
06/11/19
Jabuti

GOVERNO DE RORAIMA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE WILSON PINTO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KÁTIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP 6 MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	10/9/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1 GR EV 6/6H SN	SN
4	CIPROFLOXACINA 500 MG VO 12/12 H	
5	CLINDAMICINA 600 MG EV 6/6 H	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 6/6h SN	SN
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X AO DIA OU VO	
8	SIMETICONA 40 GOTAS VO APÓS REFEIÇÕES SN	SN
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	SN
10	CURATIVO DIÁRIO SN	SN
11	SSVV + CCGG 6/6H	
12		
13		
14		
15		
16		
17		

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

EVOLUÇÃO MÉDI

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	100X75	82	14	36,1	+	15	
12 H							
18 H							
24 H	110X80	85	20	36,2	+	15	

Miraceli S. Machado
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 120698 - TE

CONFERE COM ORIGINAL
Ass.:

121.4

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA 5 MTT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-4	DATA	10/09/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 6/6H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 h	14 22 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 06
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	18 24 06
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
18	CURATIVO DIÁRIO	[illegible]
19		
20		
21		

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

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	14x69	76		33
18 H				
24 H				

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

Plantão noturno
Pt ala modo LOTE, medicado
SSVV e medicado de horário.

CONFERE COM ORIGINAL
Em
Ass:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Katia Irene da Silva HD

DATA: ___/___/___ SEXO: ( ) M ( ) F IDADE ___ PESO ___ KG. LEITO 434 • ALÉRGICO? ___

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ___

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ___

SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ___

DRENOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL: ___

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAIS: ___ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: ___

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNÉICO ( ) TAQUIPNÉICO ( ) BRADIPNÉICO ( ) DISPNÉICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO ___

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTERÍCIA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMACÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: ___ FREQUÊNCIA: ___

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

RUÍDOS: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOMEN: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VIAS PALPÁVEIS

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: ___ ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CISTOSTOMIA ( ) SND ( ) POLIÚRIA ( ) CONCENTRADA

( ) HEMATÚRIA ( ) DISÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) POLIÚRIA ( ) DISÚRIA ( ) ANÚRIA ___

LESÕES

DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA
( ) ANSIEDADE
( ) MEDO
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
( ) FADIGA
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
( ) RISCO PARA QUEDAS
( ) RISCO PARA LESÃO
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA
( ) DIARREIA
( ) CONSTIPAÇÃO
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
( ) DOR
( ) HIPOTERMIA
( ) HIPERTERMIA
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
( ) CONFORTO PREJUDICADO
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ___/___ H
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA ___
( ) ASPIRAR VAS /TQT ___
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ___/___ H
( ) OBSERVAR COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL.
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ___ H
( ) REALIZAR DEXTRO ___/___ HORAS
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ___/___ H
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) PREPARAR PARA EXAMES/EM: ___
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA / HORA	MANHÃ: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:
TARDE: DATA / HORA	TARDE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:
NOITE: DATA / HORA	NOITE: DATA 10/04 HORA 22:00
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC. ENFERMAGEM:

Sem acompanhante trocou o cateter venoso periférico sem queixas

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP 5MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	11/9/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		JEJ
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	S/N	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H		SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 6/6H SN	S/N	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA		06 MF
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	S/N	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	S/N	
10	CURATIVO DIARIO SN		
11	SSVV + COGG 6/6 H		
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		8 20 10
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 6/6H		14 24 06 12
14			
15			
16			
17			

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

EVOLUÇÃO MÉDIC

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	12/9/18	64		36,3°	+	+	
12 H	110x70	70	–	37,2°	+	+	
18 H	120x80	74	–	36,8°	+	+	
24 H	110/70	72		36,4°	+	+	

COMPARE COM ORIGINAL
Em: / /
Ass:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: Rosa Gomes de Silva HD Ex. Lap - S Mr

DATA: 11/09/19 SEXO: ( ) M (X) F IDADE ____ PESO ____ KG. LEITO 431 • ALÉRGICO ? ____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

SONDA NASOGASTRICA SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

DRENOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS: ____

LESÕES

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: ____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: ____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNEICO ( ) TAQUIPNEICO ( ) BRADIPNEICO ( ) DISPNEICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO ____

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS ____

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTÉRICA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) MUCOCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: ____ FREQUÊNCIA: ____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

RNJ: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDÔMEN: ( ) PLACIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) ASFIXIADO ( ) VMG PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/HÁBITOS/EPISÓDIOS: ____ ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

APARELHO GENITURINARIO/DIURESE:

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) COLOSTOMIA ( ) SVD ( ) LIMPIDA ( ) CONCENTRADA

( ) HEMATÚRIA ( ) COLÚRIA ( ) OLIGÚRIA ( ) POLIÚRIA ( ) DISÚRIA ( ) ANÚRIA

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
( ) RISCO DE INFECÇÃO	( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	( ) REALIZAR CURATIVOS COM VAS
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA	( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
( ) ANSIEDADE	( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
( ) MEDO	( ) ASPIRAR VAS/TQT ____
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ	( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA	( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) FADIGA	( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ___/___ H
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	( ) OBSERVAR/COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES
( ) RISCO PARA QUEDAS	( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) RISCO PARA LESÃO	( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA	( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) DIARREIA	( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) CONSTIPAÇÃO	( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	( ) REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO	( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) DOR	( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ___/___ H
( ) HIPOTERMIA	( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) HIPERTERMIA	( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: ____
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) DESITUIÇÃO PREJUDICADA	( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) CONFORTO PREJUDICADO	( ) OUTROS
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	____
( ) OUTROS:	____
	____
	____
	____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA / HORA	MANHÃ: DATA 1/09 HORA 2:00
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	Paciente no leito sem queixas clínicas medicado e vinificado SSV CPM. Siga os cuidados de enfermagem. ASS. E CARIMBO - TÉC ENFERMAGEM:
TARDE: DATA / HORA	TARDE: DATA 1/09 HORA 18:00
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	Pct no leito, tranquilo, orientado, sol. SSV, medicado CPM, Mx, fraseol. fisiologia preservada. ASS. E CARIMBO - TÉC ENFERMAGEM:
NOITE: DATA / HORA	NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO - ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO - TÉC ENFERMAGEM:

CONFERE COM ORIGINAL

Ass.

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNOSTICO	FX EXP 5MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	12/9/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	6h00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Manhã
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN	SN
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	QG
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	SN
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	[illegible]
10	CURATIVO DIARIO SN	SN
11	SSVV + CCGG 8/8 H	Rotina
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	22 10
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 6/6H	14 06 12
14		
15		
16		
17		

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

EVOLUÇÃO MÉDI

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H							
12 H	13x8	41	90	36,6	+	+	
18 H	100x60	73	19	36,7	+	+	Rotina
24 H							

CONFERE COM ORIGINAL
Data:
Assi:

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: [illegible] HD

DATA: 18/03/19 SEXO: ( ) M (X) F IDADE ____ PESO ____ KG. LEITO 431 • ALÉRGICO ? ____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL:	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM (X) NÃO ( ) DATA:

SONDA NASOENTERAL: SIM (X) NÃO ( ) DATA: ____

DRENOS: SIM ( ) NÃO (X) QUAIS:

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3- HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: ____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

PUPILAS: ( ) REAGENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRÍATICA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: ____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNÉICO ( ) TAQUIPNÉICO ( ) BRADIPNÉICO ( ) DISPNÉICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO ____

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS ____

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTÉRICIA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA

TEMPERATURA DA PELE: ( ) NORTERMICA ( ) HIPERTERMICA ( ) HIPOTERMICA

APARELHO CARDIOVASCULAR:

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMACÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: FREQUÊNCIA:

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

R.H.A: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VMG PALPÁVEL.

ELIMINAÇÕES/NÚMERO DE/EPISÓDIOS: ____ ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) OSTOSTOMIA ( ) SVD ( ) LÍMPIDA ( ) CONCENTRADA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA
( ) ANSIEDADE
( ) MEDO
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
( ) FADIGA
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
( ) RISCO PARA QUEDAS
( ) RISCO PARA LESÃO
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA
( ) DIARRÉIA
( ) CONSTIPAÇÃO
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
( ) DÉFICIT DO AUTOCUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
( ) DOR
( ) HIPOTERMIA
( ) HIPERTERMIA
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
( ) CONFORTO PREJUDICADO
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____ H
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA ____
( ) ASPIRAR VAS/TQT ____
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
( ) ATENDAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS: ____ H
( ) REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO.
( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: ____
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) OUTROS

____
____
____
____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA / HORA :	MANHÃ: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:
TARDE: DATA / HORA :	TARDE: DATA / HORA :
Realizado Sinais Vitais sem alterações no momento	
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:
NOITE: DATA / HORA :	NOITE: DATA / HORA :
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:

COREN-RJ 778065

CONFERE COM O ORIGINAL EM
ASS.

HOSPITAL	**Acompanhamento das Feridas** **Comissão de Curativo - HC**	Protocolo nº 3	Versão06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015	
		ENF/LEITO: 43 A	

Nome: Katia Gomes da Silva

DATA: 12/09/19 ☐ GRAU – I ☒ GRAU – II	Localização / Região	DATA: ☐ GRAU – I ☐ GRAU – II	Localização / Região
Etiologia	☐ Pressão I – II – III – IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	☐ Pressão I – II – III – IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento ____ cm Largura: ____ cm Profundidade ____ cm	Comprimento ____ cm Largura: ____ Profundidade ____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade do Exudato:	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo	
Dor:	☒ Sim ____ ☐ Não	☐ Sim ____ ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras ____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras ____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: ____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: ____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outra: ____	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outra: ____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Thomas 02-	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

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

CONFERE COM O ORIGINAL
Em ____
ASS: ____

GOVERNO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Katia Gomes da Silva.

DATA DA INTERNAÇÃO: 04/09/19 DATA DA ALTA: 12/09/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

Hérnia nos espaços de Santorini

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO:

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO:

[illegible]

TRATAMENTOS REALIZADOS:

[illegible]

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

[illegible]

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA:

[illegible]

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

[illegible]

ASS.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Katia Gomes CPFnº 1431

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) no(s) qual (is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

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

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

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

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

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

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

Boa Vista, 10 de Setembro de 2019.

Assinatura do paciente: Alexandra Gomes da Silva

Responsável:

1)Assinatura: _____

Nome _____

CPFnº _____ Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

_____ CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CONFERE COM ORIGINAL

12/4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 10/09/19
PACIENTE: Kotta Gomes da Silva DN: 00/06/
DIAGNOSTICO(S):

DIH: / /
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
HCO^3: PH: BE: PO^2: PCO^2:
EAS:
CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERNCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO^3: PH: BE: PO^2: PCO^2:
EAS
IMAGEM

ANTIBIOTICO USADO:
JUSTIFICATIVA DE ANTIBIOTICO:
EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLINICA:
Paciente com lesão por p
aguardando avaliação de fisio

Boa Vista, 10 de 09 de 20 19, Hora:

Dr. Pedro de S. Euzébio
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1108

CRM /

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferencia para Hospital de Retaguarda/HC

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CONFERE COM ORIGINAL
Data:
Ass:

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/11 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: 1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: ANESTÉSICO
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

CONFERE COM ORIGINAL
Em
Ass.

SUS 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

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO (DDD)

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRANSITO TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SERIE

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

CONFERE COM ORIGINAL

Dr.

ASS.

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA (1ª Classificação) Rodízio Saúde: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul Aqua
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / PSPF
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 5306

Rodízio Triagem: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul Aqua
Rodízio Medicação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul Aqua

1931169601 09/09/2019 11:01:32

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DGRHC 07-19

Paciente: KATIA GOMES DA SILVA
Data Nascimento: 06/01/1969
Idade: 50 A 8 M 3 D
CNS:
CPF: 65367011215
Tipo Doc: IDENTIDADE
Documento: 210462
Órgão Emissor: SSP/RR
Data Emissão:
Sexo: F
Estado Civil:
Raça/Cor: INDÍGENA
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL
Mãe: MARIA GOMES DA SILVA
Pai:
Cônjuge:
Endereço: MALOCA DAMOSCOU - - - -
Ocupação: NÃO INFORMADO

Cliente do Plano: Plano Comércio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Nº da Carteira:
Validade:
Autorização:
Sis Prenatal:
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE CARRO
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA
Profissional do Atend.:
Procedência:
Tempo:
Leito:
Processo:
Sala: GRANDE TRAUMA
Tipo de Chegada: VIATURA
Procedimento Sol.:
Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

Queixa Principal: (__) Síndrome Febril (__) Sintomático Respiratório (__) Suspeita de Dengue

ESMAGAMENTO PÉ (D)

Anamnese de Enfermagem

CSC: NO: 1234 AV: 12345 MAV: 12345 = TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)

PACIENTE RELATA QUE A RODA DE UM CARRO PASSOU POR CIMA DE SEU PÉ (D)

Exame Físico

TEG LOUC, ANICÊRICO, HIDRATADO, MV+ S/ RA, ABD FLÁCIDO, DP, TOLERA S/ EDEMA, DOR EM PÉ (D)

Hipótese Diagnóstica

TRAUMA

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO-X (__) ULTRA-SON (__) TC (__) SANGUE (__) URINA (__) ECG (__) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Cefalexina 2 g (EV) agora	12:30	

Conduta

(__) Alta por Decisão Médica
(__) Alta a Pedido
(__) Alta a Revelia
(__) Transferência para: Hospital
(__) Ambulatório
(__) Observação (Alto Risco)
(__) Internação
Data e Hora da Saída/Alta: __/__

Óbito

Antes do 1º Atendimento? (__) Sim (__) Não Destino: (__) Família (__) IML Assistência Psicológica __/__

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. [illegible]

Impresso por edvan.nascimento
Data Hora: 09/09/2019 11:06:18

CONFERE COM ORIGINAL
Em ___
Ass: ___

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

(31)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital das Clínicas

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hospital das Clínicas

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE: [illegible] Gomes da Silva

6 - DATA DE NASCIMENTO: 06.01.69

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - SEXO: 1 M 3 F

9 - NOME DA MÃE: Maria Gomes da Silva

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Avelino Domingues

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Pará V.13

13 - COD IBGE MUNICÍPIO

14 - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pelv c/ Fx expos. de 5ª MTT à E. + Femur. Após acidente de trânsito.

Realizado TR cirurgia 9/9/19

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Aguardando solução da fratura

22 - INFORMAR RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ac pé E.

23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fx exp. 5 MTT E.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento

28 - CID 10

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - CÓDIGO DO CBO

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10.09.19

36 - ASSINATURA E CARIMBO (NOME E REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BENEFÍCIO

41 - CNPJ EMPRESA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA SUBCONTRATADA

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) CONTRIBUINTE ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD ÓRGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO)

CONFERE COM ORIGINAL

Em ___

Ass. ___

À Gerência do SAME/HC 10 09 Data da Entrega 30/09/15

Nesta. 12 09

2.1.16

Senhor Gerente,

Eu Katia Gomes da Silva, (a), estado civil: _____ portador do RG: 240.468 CPF 003.276.112-45 residente e domiciliado a Rua: Municipia do Bonfim Moreira Nº _____ bairro _____ telefone: 99133.2966 na cidade de _____ Estado: _____, amparado pelas disposições contidas no artigo 43 da lei 8.0638, artigos 69,70 do código de ética médica; anexo a Portaria MS/GM nº 675/2006 (4º princípio III), Resoluções 1.638 e 1.639 do CFM, vem REQUERER que sejam fornecidas cópias integrais dos seguintes documentos: PRONTUÁRIO ou GUIA DE ATENDIMENTO desse HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES.

PACIENTE: Katia Gomes da Silva

Nº DO PRONTUÁRIO: 2 146

Período de Atendimento: ENTRADA 16/04/15

( ) GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR ( ) DECLARAÇÃO (X) PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

DPVAT

Os documentos solicitados destinam-se a esclarecimento de situação de interesse particular do requerente. Nestes termos, pede deferimento.

REQUERENTE Ass: Maria Gomes da Silva

SERVIDOR Ass.: _____ DATA: 13/09/15

Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazare Filgueiras, 2096, Pintolândia
CEP 69.316-715 - Boa Vista-Roraima-Brasil
E-mail: administradoraldaclinicasrr@gmail.com

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP 5 MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	10/9/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1 GR EV 6/6H SN	
4	CIPROFLOXACINA 500 MG VO 12/12 H	
5	CLINDAMICINA 900 MG EV 6/6 H	
6	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X AO DIA OU VO	
8	SIMETICONA 40 GOTAS VO APÓS REFEIÇÕES SN	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
10	CURATIVO DIARIO SN	
11	SSVV + CCGG 6/6H	
12		
13		
14		
15		
16		
17		

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

EVOLUÇÃO MÉDI

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1938

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	100X75	82	17	36,6	+	95	
12 H							
18 H							
24 H	12/80	80	20	36,1	+	95	

121.4

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA 5 MTT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-4	DATA	10/09/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNM
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	[illegible]
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	[illegible] SN
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	14 22 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 08
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	12 18 24 06
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H	[illegible]
18	CURATIVO DIÁRIO	[illegible]
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 DU/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	114x69	76		33
18 H				
24 H				

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

Plantão noturno
Pct alta pelo LOTE, medicado SSVV e medicação de horário.

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: ___/___/___ SEXO: ( ) M ( ) F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____ ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

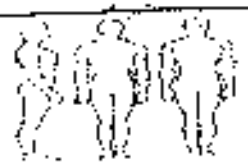
SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____

SONDA NASOGASTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____

DRENOS? SIM ( ) NÃO ( ) QUAL?

LESÕES



IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA - 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA-PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORAVEL ( ) RAZOAVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: _____

TORÁX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNÉICO ( ) TAQUIPNÉICO ( ) BRADIPNÉICO ( ) DISPNÉICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO: _____

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTÉRICA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) UNIFORME

PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

FREQUÊNCIA:

LOCAL DO PULSO: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO

BULHAS: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) PLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VISC PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ ( ) NORMAL ( ) DIARÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CISTOSTOMIA ( ) DVD ( ) RAPIDA ( ) CONCENTRADA

( ) SEM DOR ( ) ORGÂNICO ( ) OLIGÚRICA ( ) POLIÚRICA ( ) DISÚRIA ( ) ANÚRIA

DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA
( ) ANSIEDADE
( ) MEDO
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
( ) FADIGA
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
( ) RISCO PARA QUEDAS
( ) RISCO PARA LESÃO
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA
( ) DIARREIA
( ) CONSTIPAÇÃO
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
( ) RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO
( ) DOR
( ) HIPOTERMIA
( ) HIPERTERMIA
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
( ) CONFORTO PREJUDICADO
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ___/___H
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA _____
( ) ASPIRAR VAS/TOT _____
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ___/___H
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____H
( ) REALIZAR DEXTRO ____ ___/___ HORAS
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ___/___H
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
( ) OUTROS

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
MANHÃ: DATA / HORA :	MANHÃ: DATA / HORA :
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:
TARDE: DATA / HORA :	TARDE: DATA / HORA :
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:
NOITE: DATA / HORA :	NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HC

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP 5MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	11/9/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	S/N
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8H SN	S/N
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/6 H SN	S/N
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	S/N
10	CURATIVO DIARIO SN	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 6/6H	
14		
15		
16		
17		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI E OU GLICOSE + 20 DI 4ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDIC

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1928

SINAIS VI	PA	FC	FR	TEMP	D	E	
6 H	120/70	64		36,3°	+	+	
12 H	110x70	70	–	37,2°	+	+	
18 H	120x70	74	–	36,8°	+	+	
24 H	110/70	72		36,4°	+	+	

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM -- HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: [illegible] ID [illegible]

DATA: 11/01/19 SEXO: ( ) M (X) F IDADE ____ PESO ____ KG. LEITO 131 ALÉRGICO ? ____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

CATETER CENTRAL	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

SONDA NASOGASTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: ____

DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS: ____

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1- FERIMENTO 2- ADRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FIATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAIS: ____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

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

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: ____

TORAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNÉICO ( ) TAQUIPNÉICO ( ) BRADIPNÉICO ( ) DISPNÉICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE ( ) FOSSEL ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO ____

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) ROMCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS:

( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) HIPOXIZADA ( ) ICTÉRICA

( ) CIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA ( ) ACROCIANOSE

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) AUSENTE

PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: ____ FREQUÊNCIA: ____

APARELHO GASTROINTESTINAL

ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO

RHA: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOMEN: ( ) PLANO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VÍSCERA PALPÁVEL

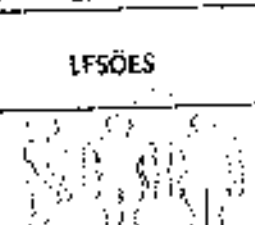
ELIMINAÇÕES/ GVDRIO/EPISÓDIOS: ____ ( ) NORMAL ( ) DIARRÉIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE:

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) CATETERIZADA ( ) SVD ( ) CMDCA ( ) CONCENTRADO

( ) HEMATÚRIA ( ) LEUCÚRIA ( ) OLIGÚRIA ____ ( ) ATÚRIA ( ) DISÚRIA ____ ( ) NÚRIA ____

LESÕES



DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO

( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA

( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA

( ) ANSIEDADE

( ) MEDO

( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ

( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA

( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO

( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS

( ) FADIGA

( ) INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE

( ) RISCO PARA QUEDAS

( ) RISCO PARA LESÃO

( ) AUTOESTIMA PERTURBADA

( ) DIARRÉIA

( ) CONSTIPAÇÃO

( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO

( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO

( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

( ) RISCO PARA DRENO/ ASPIRAÇÃO

( ) DOR

( ) HIPOTERMIA

( ) HIPERTERMIA

( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO

( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

( ) CONFORTO PREJUDICADO

( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO

( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS PÉRVIAS

( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS

( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE ____/____ H

( ) MANTER MONITORIZAÇÃO

( ) MANTER CABECEIRA ELEVADA ____

( ) ASPIRAR VAS/TOT ____

( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA

( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS

( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS

( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA

( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS

( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE ____/____ H

( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.

( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS

( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM

( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL

( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA

( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS ____ H

( ) REALIZAR DEXTRO ____/____ HORAS

( ) ENCAMINHAR PARA BANHO DE ASPERSÃO

( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO

( ) REALIZAR BANHO NO LEITO

( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO ____/____ H

( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO

( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: ____

( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO

( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO

( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE FÍSICA.

( ) OUTROS

____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO	ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM
	DATA 1/1/24 HORA 1800
MANHÃ:	MANHÃ: Paciente no leito sem queixas álgicas medicada e higienizado sem CPR. Segue os cuidados de enfermagem.
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO-TÉC.ENFERMAGEM:
TARDE: DATA / HORA	TARDE: DATA 1/1/24 HORA 1800 Pt no leito tranquilo, evoluindo medicado sem queixas álgicas. Mantém posição fisiológica. Prevenção.
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO-TÉC.ENFERMAGEM:
NOITE: DATA / HORA	NOITE: DATA / HORA
ASS. E CARIMBO-ENFERMEIRO:	ASS. E CARIMBO-TÉC.ENFERMAGEM:

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HC

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	KATIA GOMES DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX EXP 5MMT E				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	431	DATA	12/9/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	
4	TENOXICAN 20MG EV 12/12H	SUSPENSO
5	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV OU 01 CP 50MG VO DE 8/8h SN	
7	OMEPRAZOL 40 MG EV OU VO 1X AO DIA	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H SN	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
10	CURATIVO DIARIO SN	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU 300MG VO 6/6H	
14		
15		
16		
17		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (BC), 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 MÉDI

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM / RR: 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM / RR: 1818

SINAIS	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H	130/90	71	20	36,6			
18 H	100/60	73	19	36,7			
24 H							

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

NOME: _____ HD _____

DATA: __/__/__ SEXO: ( ) M ( ) F IDADE _____ PESO _____ KG. LEITO _____ • ALÉRGICO ? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA
CATETER CENTRAL			
CATETER PERIFÉRICO	SIM ( ) NÃO ( )	LOCAL	DATA

SONDA VESICAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____

SONDA NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____

SONDA NASOENTERAL: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: _____

DRENOS: SIM ( ) NÃO ( ) QUAIS: _____

IDENTIFIQUE SE TÊM LESÕES

1- ESFOLIAMENTO 2- ABRASÃO 3-HEMATOMA 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- AMPUTAÇÃO

ÚLCERA POR PRESSÃO: SIM ( ) NÃO ( ) LOCAL: _____ GRAU I ( ) GRAU II ( ) GRAU III

CABEÇA/PESCOÇO/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

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

PUPILAS: ( ) REACENTE ( ) NÃO REAGENTE ( ) ISOCÓRICAS ( ) ANISOCÓRICAS ( ) MIDRIÁTICA

ACUIDADE VISUAL: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA ACUIDADE AUDITIVA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

VIAS AÉREAS SUPERIORES: ( ) PÉRVIAS ( ) OBSTRUÍDAS . HIGIENE BUCAL: ( ) FAVORÁVEL ( ) RAZOÁVEL ( ) PRECÁRIA

OBS: _____

TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: ( ) SIMÉTRICO ( ) ASSIMÉTRICO

DOR INSPIRATÓRIA: ( ) SIM ( ) NÃO

FREQUÊNCIA: ( ) EUPNÉICO ( ) TAQUIPNÉICO ( ) BRADIPNÉICO ( ) DISPNÉICO

MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTE TOSSE: ( ) AUSENTE ( ) SECA ( ) EXPECTORAÇÃO _____

RUÍDOS ADVENTÍCIOS: ( ) AUSENTE ( ) RONCOS ( ) ESTERTORES ( ) SIBILOS _____

CIRCULAÇÃO/COR DA PELE/MUCOSAS

( ) HIDRATADA ( ) ÚMIDA ( ) DESIDRATADA ( ) CORADA ( ) HIPOCORADA ( ) PÁLIDA ( ) RUBORIZADA ( ) ICTÉRICA

( ) CIANÓTICA ( ) ACIANÓTICA ( ) ACROCIANÓTICA

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

APARELHO CARDIOVASCULAR

RITMO CARDÍACO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( )

PERFUSÃO PERIFÉRICA: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDA

PULSO PERIFÉRICO: ( ) RÍTMICO ( ) ARRÍTMICO ( ) FILIFORME

PULSO: ( ) NORMOCÁRDICO ( ) TAQUICÁRDICO ( ) BRADICÁRDICO ( ) AUSENTE

LOCAL DO PULSO: _____ FREQUÊNCIA: _____

APARELHO GASTROINTESTINAL

APETITE: ( ) NORMAL ( ) DIMINUÍDO ( ) AUMENTADO ESTADO NUTRICIONAL: ( ) NUTRIDO ( ) DESNUTRIDO

RHAE: ( ) AUSENTES ( ) PRESENTES ABDOME: ( ) FLÁCIDO ( ) DISTENDIDO ( ) TENSO ( ) AGUDO ( ) VISC PALPÁVEL

ELIMINAÇÕES/NÚMEROS/EPISÓDIOS: _____ ( ) NORMAL ( ) DIARREIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA

APARELHO GENITURINÁRIO/DIURESE

( ) ESPONTÂNEA ( ) ESTIMULADA ( ) OSTOMIA ( ) SVD ( ) LIMPIDA ( ) CONCENTRADA

LESÕES

DIAGNÓSTICO

( ) RISCO DE INFECÇÃO
( ) PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
( ) INCAPACIDADE DE MANTER RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA
( ) TROCA GASOSA PREJUDICADA
( ) ANSIEDADE
( ) MEDO
( ) ENFRENTAMENTO INEFICAZ
( ) RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA
( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
( ) RISCO PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO
( ) DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS
( ) FADIGA
( ) INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
( ) RISCO PARA QUEDAS
( ) RISCO PARA LESÃO
( ) AUTOESTIMA PERTURBADA
( ) DIARREIA
( ) CONSTIPAÇÃO
( ) RISCO PARA CONSTIPAÇÃO
( ) DÉFICIT DO AUTO CUIDADO
( ) COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
( ) RISCO PARA DRENO ASPIRAÇÃO
( ) DOR
( ) HIPOTERMIA
( ) HIPERTERMIA
( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
( ) PADRÃO DO SONO PREJUDICADO
( ) DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
( ) CONFORTO PREJUDICADO
( ) DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO
( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

( ) MANTER VIAS AÉREAS LIVRES
( ) REALIZAR CUIDADOS COM VAS
( ) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE __/__ H
( ) MANTER MONITORIZAÇÃO
( ) MANTER OXIGEOTERAPIA _____
( ) ASPIRAR VAS/TQT _____
( ) VERIFICAR NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA
( ) ATENTAR PARA QUEIXAS ÁLGICAS
( ) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
( ) OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
( ) MANTER ACESSOS VENOSOS PÉRVIOS
( ) REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE __/__ H
( ) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR TURMAÇÕES.
( ) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
( ) AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
( ) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
( ) ESTIMULAR E REGISTRAR ACEITAÇÃO DA DIETA
( ) MANTER JEJUM A PARTIR DAS _____ H
( ) REALIZAR DEXTRO __/__ HORAS
( ) ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERSÃO
( ) ORIENTAR AUTOCUIDADO
( ) REALIZAR BANHO NO LEITO
( ) REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO __/__ H
( ) REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
( ) PREPARAR PARA EXAMES EM: _____
( ) REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
( ) ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
( ) OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA
( ) OUTROS

_____
_____
_____
_____

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

DATA / HORA :

MANHÃ:

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

TARDE:

DATA / HORA :

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

NOITE:

DATA / HORA :

ASS. E CARIMBO- ENFERMEIRO:

ANOTAÇÃO DO TECNICO EM ENFERMAGEM

DATA / HORA :

MANHÃ:

ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:

DATA / HORA :

TARDE:

Realizado sinais vitais
Sem queixas no momento

COREN 77806

ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:

DATA / HORA :

NOITE:

ASS. E CARIMBO- TÉC ENFERMAGEM:

HOSPITAL SÃO FRANCISCO	**Acompanhamento das Feridas** **Comissão de Curativo - HC**	Protocolo nº 1 / Versão: 00 Atualização: Janeiro / 2015	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		ENFERMEIRO: 43	

Nome: Katia Gomes da Silva

DATA: 12/09/19 ☐ GRAU – I ☒ GRAU – II	Localização / Região	DATA: ☐ GRAU – I ☐ GRAU – II	Localização / Região
Etiologia	☐ Pressão I – II – III – IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Oncológica ☐ Trauma cirúrgico ☐	☐ Pressão I – II – III – IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Oncológica ☐ Trauma cirúrgico	
Tamanho da Ferida:	Comprimento ____ cm Largura: ____ cm Profundidade ____ cm	Comprimento ____ cm Largura ____ cm Profundidade ____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com epitelio ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com epitelio ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exudato	☐ Seco, mínimo ☐ Pouco ☒ Médio, moderado ☐ Abundante	☐ Seco, mínimo ☐ Médio, pouco ☐ Médio, moderado ☐ Abundante	
Tipo de exudato:	☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Purulento ☐ Sero-sanguinolento	☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sero-sanguinolento ☐ Purulento ☐ Sero-sanguinolento	
Dor:	☒ Sim ____ ☐ Não	☐ Sim ____ ☐ Não	
Odor	☐ evidente na inserção do cateter ☐ ausente no leito ☐ ausente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na inserção do cateter ☐ ausente no leito ☐ ausente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Peri-lesional:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema / Edema ☐ Prurido ☐ Outros ____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ Seca ☐ Eritema / Edema ☐ Prurido ☐ Outros ____	
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro ____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro ____	
Cobertura primária (Contato direto a lesão)	☐ Gaze ☐ Descartável ☐ Fibrolase ☐ Sulfadiazina de Prata ☒ AGE ☐ Outro ____	☐ Gaze ☐ Descartável ☐ Fibrolase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro ____	
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. ou Enfermagem	01- 02-	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

(Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Cover Ceo, Soluções Programa.
Do preenchimento: 07 vez diária (exceções devem ser evidenciadas separadamente.

GOVERNO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

[illegible]

DATA DA INTERNAÇÃO: 09/09/19 DATA DA ALTA: [illegible]/09/19

IMPRESSÃO CLÍNICA:

[illegible]

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO:

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO:

[illegible]

TRATAMENTOS REALIZADOS:

[illegible]

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR:

[illegible]

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA:

[illegible]

MEDICAMENTOS,ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR:

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Katia Gomes CPFnº

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

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

Boa Vista, 10 de Setembro de 2019.

Assinatura do paciente: Katia Gomes da Silva

Responsável:

1)Assinatura:

Nome

CPFnº: Grau de Parentesco:

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

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

Boa Vista, de de 20 . Hora:

Nome Completo:

Assinatura do Médico: CRM /

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

12/09

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA/HC

DATA: 10/09/19
PACIENTE: Kaita Gomes da Silva DN: 02/06/
DIAGNOSTICO(S):

DIH: __/__/__
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA __/__/__): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:
EAS:
CULTURAS (__/__/__):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERNCIA (DATA __/__/__): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO³: PH: BE: PO²: PCO²:
EAS
IMAGEM

ANTIBIOTICO USADO:
JUSTIFICATIVA DE ANTIBIOTICO:
EXAMES/PROCEDIEMNTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA:

EVOLUÇÃO CLINICA:
Paciente com lesão por pressão apresentando melhora do quadro

Boa Vista, 10 de 09 de 2019. Hora:

Dr. Pedro de S. Fausto
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2[illegible]

CRM ____/____

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferencia para Hospital de Retaguarda/HC

CRM ____/____

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

BOLETIM OPERATÓRIO

REGISTRO HOSPITALAR

Data: 1 9 18 O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: 1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

SUS — 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 — 2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE — 4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) — 8 - DATA DE NASCIMENTO — 9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL — 11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - END., RUA/ROD., Nº, BAIRRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA — 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO — 15 - UF — 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRIA, SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO — 21 - CID 10 PRINCIPAL — 22 - CID 10 MENCIONADO (SE HOUVER)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO — 24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

25 - CLÍNICA — 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO — 27 - ATENDIMENTO — 1 URG — 2 ELET

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

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE — 30 - DATA DA SOLICITAÇÃO — 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO — 33 - CNPJ DA SEGURADORA — 34 - Nº DO BO - MESE — 35 - ANO

34 - ACIDENTE DE TRANSITO TÍPICO — 35 - CNPJ EMPRESA — 36 - CNAE DA EMPRESA — 37 - CBOR

36 - ACIDENTE DE TRANSITO TRABALHO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA — 1 EMPREGADO — 2 EMPREGADOR — 3 AUTÔNOMO — 4 DESEMPREGADO — 5 APOSENTADO — 6 NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR — 40 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR — 41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42 - DOCUMENTO — 1 CNS — 2 CPF — 43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO — 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR / HGPC
Av. Silvaldo Eduardo Gomes, 0308

1ª Classificação/Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul

Reclassificação
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

ORIGINAL 07

N501190505 04/06/2019 11:01:32

Paciente: KATIA GOMES DA SILVA
Data Nascimento: 06/01/1969
Idade: 50 A 5 M 3 D
CNS:
CPF: 063076[illegible]1215
Tipo Doc: IDENTIDADE
Documento: 210468
Órgão Emissor/Data Emissão: SSP/RR
Sexo: F
Estado Civil:
Raça/Cor: INDÍGENA
Naturalidade:
Nacionalidade: BRASIL
Pai:
Cartão:
Mãe: MARIA GOMES DA SILVA
Ocupação: NÃO INFORMADA
Endereço: - MALOCA DAMOSCOU - - - -

Class. de Risco:
Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Nº da Carteira:
Validade:
Autorização:
Nº Prontuário:
Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE CARRO
Setor: GRANDE TRAUMA
Caráter de Atendimento: URGÊNCIA
Tipo de Chegada: VIATURA
Profissional do Aten.:
Procedência:
Tempo:
Peso:
Procedimento Rel.:
Registrado por: EDVAN NASCIMENTO

(__) Síndrome Febril (__) Sintomático Respiratório (__) Suspeita de Dengue

Queixa Principal: ESMAGAMENTO PÉ ⓔ

Anamnese de Enfermagem:

GSC: AO 1 2 3 4 | AV 1 2 3 4 5 | AM 1 2 3 4 5 | TOTAL

Anamnese - HORA DA CONSULTA - ___:___ h
PACIENTE RELATA QUE A RODA DE UM CARRO PASSOU POR CIMA DO SEU PÉ ⓔ

Exame Físico: BEG, LOTE, ACORDADO, HIDRATADO, MUCOSA ROSA, ABD PLANO, ABD, SEC < 1 S GOBRA, OAR EM PÉ ⓔ

Hipótese Diagnóstica: TRAUMA

SADT - Exames Complementares
(X) RAIO-X (__) ULTRA-SON (__) TC (__) SANGUE (__) URINA (__) ECG (__) OUTROS:

PRESCRIÇÃO
Tetanus 2 (ⓔ) ampolas

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta
(__) Alta por Decisão Médica
(__) Alta Pedida
(__) Alta a Revelia
(__) Transferência para: [illegible]
(__) Ambulatório
(__) Observação (Até 24h)
(__) Internação
Data e Hora da Entrada/Alta: __/__

Óbito
Antes do 1º Atendimento? (__) Sim (__) Não Destino: 1 (__) Família (__) IML Autorização Patológica (__)

Dr. [illegible]
Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 04/06/2019 11:01:32

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital das Clínicas

NOME DO HOSPITAL COMPLEMENTOR SOLICITANTE: Hospital das Clínicas

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: Kátia Gomes da Silva

DATA DE NASCIMENTO: 08/01/69

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

NOME DA MÃE: Maria Gomes da Silva

NOME DO RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO PARA NOTIFICAÇÃO: Matias Domingos

ORIGEM DE RESIDÊNCIA: Pavão Vila

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pelo e/ Fx exposta de 5º MTT à E. + Edema após acidente de trânsito. Prescrição TC carga 9/9/19

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO: Aguarda solução de fraturas

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES RELEVANTES): Ao pé E.

Fx exp. MTT E.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento

CLÍNICA: CARÁTER DA INTERNAÇÃO: DOCUMENTO: CNS CPF

DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/09/19

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Victor M. Santos

ASSINATURA:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CAUSA EXTERNA: ACIDENTE DE TRÂNSITO / ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO / ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

CNPJ DA EMPRESA:

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: EMPREGADO / EMPREGADOR / AUTÔNOMO / DESEMPREGADO / APOSENTADO / SEGURADO ESPECIAL

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DOCUMENTO: CNS CPF

DOCUMENTO (CRM/CRP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA AUTORIZAÇÃO:

ASSINATURA E CARIMBO (NOME E NÚMERO DO CONSELHO):

GOVERNO DE RORAIMA

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

131

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Katia Gomes da Silva

DATA DA INTERNAÇÃO: 09/09/19 DATA DA ALTA: 12/09/19

IMPRESSÃO CLÍNICA: paciente pós-operatório de SMTT

PRINCIPAIS ACHADOS FÍSICOS, LABORATORIAIS E DE IMAGEM DURANTE A INTERNAÇÃO: as alta.

EVOLUÇÃO CLÍNICA DURANTE A INTERNAÇÃO: BOA.

TRATAMENTOS REALIZADOS: TO amnem pós cir. 5º MTT.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA HOSPITALAR: BOA.

DIAGNÓSTICO (S) NA ALTA: pós cir. 5º MTT

MEDICAMENTOS, ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS NA ALTA HOSPITALAR: Cefalexina + analgésico

12/09/19

Dr. [illegible]
CRM-RR [illegible]

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA LESTE RORAIMA
DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
CASA DE SAÚDE INDÍGENA

RESUMO DE ALTA

NOME: KATIA GOMES DA SILVA DN: 06.01.69

POLO BASE:MALACACHETA COMUNIDADE:MOSCOU

DATA DE INTERNAÇÃO: 17.09.19 DATA DE ALTA:19.09.19

DIAGNÓSTICO/MOTIVO DE INTERNAÇÃO: CONSULTA (ORTOPEDISTA)

EVOLUÇÃO DE ALTA

PACIENTE DEU ENTRADA NA CASAI NO DIA: 17.09.19 ÀS 10:00HRS ACOMPANHADA DE SEU FILHO, VINDO D COMUNIDADE PARA CONSULTA AGENDADA NO DIA:18.09.19 ÀS 14:00HRS EM HCM. COM ESPECIALISTA (ORTOPEDISTA) D MAX . PORÉM NO DIA DA CONSULTA A MESMA NÃO FOI ATENDIDAD NA UNIDADE, SENDO REMARCADA A CONSULTA PA O DIA:26.09.19.A MESMA NEGA DOR ATÉ O PRESENTE MOMENTO.
AO EXAME FÍSICO: AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOTENSA, NORMOCÁRDIA, ORIENTADA, CONSCIENTE, DEFICIT MOTO APARENTE (AUXILIO DE MULETA), NEGA EDEMAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E USO DE MEDICAÇÃO QUALQU DIÁRIA, DIURESE(+), EVACUAÇÃO(+), ACOMPANHADA DE SEU FILHO, LOTE. SEGUE ALTA DO SETOR DE AGENDAMENTO D CASAI + EMSI . FOI SOLICITADO SAÍDA DA CASAI-LESTE POR CONTA (EM ANEXO DECLARAÇÃO NO PRONTUARIO), C RETORNO DE CONSULTA AGENDADA PELA CASAI DIA:26.09.19. ORIENTADA QUANTO AO ACOMPANHAMENTO COM COMUNIDADE E QUAISQUER QUEIXAS, RECEBE ORIENTAÇÕES E SEGUE ORIENTADA PELA EMSI CASAI NO ATO DE ALTA.

Alta do serviço em 19/09/2019 às 10h50min, estável e sem queixas.

PA: 120X80 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 20 rpm

T(ax): 37.2º C

Peso: 51,200Kg

Altura: 1.50 cm

COREN-RR 223.194
MONICA CRISTINA ALVES
COREN-RR 223.194

Marcelo
RT DE ENFERMAGEM SESEI-RR
BESAI/MS

DADOS DE SAÍDA DA CASAI

DATA: 19/09/19 ; HORÁRIO: 10:51 ENFERMEIRO: _____

PA: 120x80 ; FC 80 ; FR 20 ; T(AX) 37,2 ; PESO: 51,700

RECEBIDO (RESUMO DE ALTA): Katia Gomes da Silva

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

210.468 — DATA DE EXPEDIÇÃO 02.04.1998

NOME KÁTIA GOMES DA SILVA

Maria Gomes da Silva

FILIAÇÃO

Bonfim-RR — 06.01.1969

NATURALIDADE — DATA DE NASCIMENTO

CN. nº 9099, F.44-F, L.A-16 Boa Vista RR

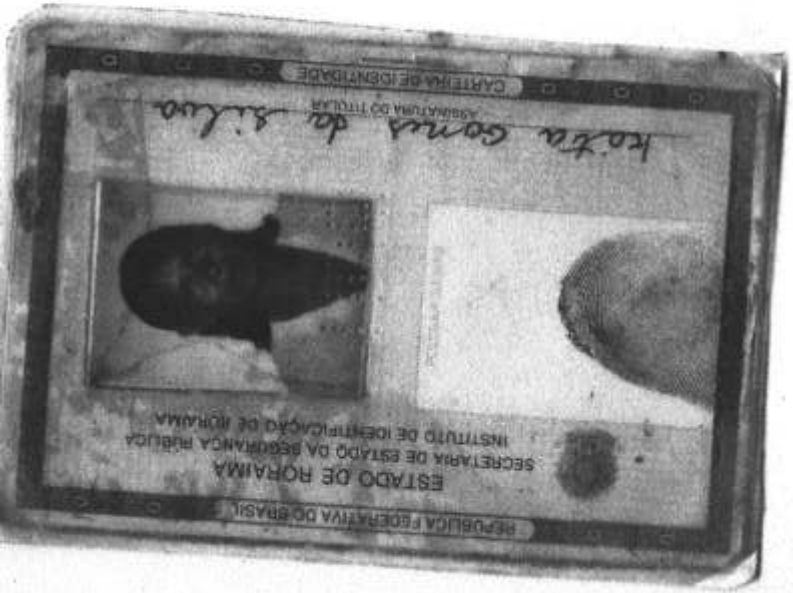
DOC ORIGEM

CPF

Clodomir Carvalho Brito

Diretor do Instituto de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
663.676.112-15

Nome
KATIA GOMES DA SILVA

Nascimento
06/01/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

566175

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447589/19

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA

Data do acidente: 09/09/2019

CPF: 663.676.112-15

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KATIA GOMES DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KATIA GOMES DA SILVA : 663.676.112-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190694910 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-8-9-21-24-25-27-47-48

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFICIT MODERADO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R$ 675,00
		Total	**5 %**	**R$ 675,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190694910 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA 5º METATARSO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-8-9-21-24-25-27-47-48

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE DOCUMENTAL DEFCIT RESIDUAL DO DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R$ 135,00
		Total	**1 %**	**R$ 135,00**

PROCU.RAÇÃO

Outorgante: **KATIA GOMES DA SILVA ,** portador (a) do RG nº 210.468 SSP/RR, , brasileira, casada, do lar, inscrito no CPF: nº 663.676.112-15 , residente na Rua: vicinal Moscou, S/N Bairro: Zona Rural, Vila São Francisco, Bonfim- RR CEP 69.380-000 , Tel.: (95) 99165-9902/99152-0817

VITIMA: **KATIA GOMES DA SILVA** CPF Nº **663.676.112-15 DO SINISTRO:** 09/09/2019,

NATUREZA: INVALIDEZ.

Outorgada: TELVIA SANTIAGO GUEDES, Brasileira, Casada, Empresária, **RG nº** 5245559 SSP/RR, **Data de Emissão:** 30/01/2017 e **CPF nº** 739.248.066-91, Cujo endereço é: **Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, CEP 69.301-050, Telefone: (95) 98118-1200.**

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

Boa Vista-RR, 5 de novembro de 2019.

CARTÓRIO LOUREIRO

Katia Gomes da Silva

KATIA GOMES DA SILVA

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO TABELIÃO E REGISTRADOR

REC VERDADEIRA a(s)assinatura(s)

[JSMb1u6ST] KATIA GOMES DA SILVA

LG Em testemunho_____ da verdade Boa Vista, 05/11/2019

Emol:2,45,FUNDEJURR:0,25,FISC:0,10,FECON:0,10,ISS:0,10Vlr Selo1,

Selo: RECFIR15834ST1QDS3K4V9SXUG41 Nº Ticket: 00235

Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br/

CPF Solicitante: 66367611215

André G. Sabino
Escrevente Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447589/19

Vítima: KATIA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019

CPF: 663.676.112-15 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** KATIA GOMES DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

KATIA GOMES DA SILVA : 663.676.112-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 12/12/2019	Data do cadastramento: 12/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES	Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 739.248.066-91	CPF: 104.396.626-99
TELVIA SANTIAGO GUEDES	GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190694910 **Vítima: KATIA GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: 09/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01093/01094 - carta_01 - INVALIDEZ

00050547

Carta nº 15241827

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

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190694910 **Vítima: KATIA GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: 09/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. 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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190694910 **Vítima: KATIA GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: 09/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. 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, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190694910 **Vítima: KATIA GOMES DA SILVA**

Data do Acidente: 09/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KATIA GOMES DA SILVA

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$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R$ 675,00

Recebedor: **KATIA GOMES DA SILVA**
Valor: **R$ 675,00**
Banco: **237**
Agência: **000000522-3**
Conta: **000000552432-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 663.676.112-15

4 - Nome completo da vítima: KATIA GOMES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: KATIA GOMES DA SILVA

6 - CPF: 663.676.112-15

7 - Profissão: DO LAR

8 - Endereço: RUA VICINAL MESCEU

9 - Número: S/N

10 - Complemento: ZONA RURAL

11 - Bairro: VILA SÃO FRANCISCO

12 - Cidade: BONFIM

13 - Estado: RR

14 - CEP: 69.380-000

15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com

16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0522 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 0552432 6 (Informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (Informar o dígito se existir)

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

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

PERMANENTE

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 03 DE FEVEREIRO DE 2020

Katia Gomes da Silva

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	663.676.112-15	KATIA GOMES DA SILVA

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: KATIA GOMES DA SILVA.
6 - CPF: 663.676.112-15
7 - Profissão: DO LAR
8 - Endereço: RUA VICINAL MOSCOU - VILA S. FRANCISCO
9 - Número: S/N
10 - Complemento: ZONA RURAL
11 - Bairro: VILA SÃO FRANCISCO
12 - Cidade: BONFIM
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69.380-000
15 - E-mail: confiancacst@hotmail.com
16 - Tel.(DDD): (95) 98118-1200

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 4263 (3) (Informar o dígito se existir) CONTA: 44995 (4) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 03 de dezembro de 2019.

Katia Gomes da Silva
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029715/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 22:01 Data/Hora Fim: 09/09/2019 23:04
Origem: Guarda Municipal Nº do Documento: ROD GCM Série H 002296 Data: 09/09/2019
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 09/09/2019 10:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Uraricoera
Bairro: São Vicente
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: PRATICAR LESÃO CORPORAL CULPOSA - AUMENTO DE PENA (Art. 303, § 1° da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: KLEITON DA SILVA CASTRO (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Amajari Sexo: Masculino Nasc: 22/12/1984
Profissão: Motorista
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria das Dores Henrique da Silva Nome do Pai: Fernando Castro Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 763.007.222-87
RG - Carteira de Identidade: 228968 2ª via

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Uraricoera Nº: 878
Bairro: São Vicente

Nome Civil: KATIA GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Bonfim Sexo: Feminino Nasc: 06/01/1969
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Gomes da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 210468

Endereço

Município: Bonfim - RR
Logradouro: Maloca do Moscou

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029715/2019

Razão Social: SUPERINTENDENCIA DA GUARDA CIVIL MUNICIPAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Representante: Mário, Inspetor de Área, Mat

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição Veículo

Placa NAN7224

Número do Motor 310A20110176798

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRATA

Município Veículo Boa Vista

Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 29/04/2011

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 144.702.922-49

Renavam 00321597974

Número do Chassi 9BD118181B1151287

Número da Carroceria 71595946

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo FIAT/PUNTO ATTRACTIVE

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido, Meio Empregado

Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Kleiton da Silva Castro	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Sr. Delegado, o ROD GCM informa QUE em fiscalização de rotina se depararam com um acidente de transito no endereço acima citado envolvendo KLEYTON DA SILVA CASTRO que dirigia um veiculo FIAT/PUNTO placa NAN 7224 e KATIA GOMES DA SILVA que trafegava como pedestre, tentando atravessar a Rua Uraricuera, que fora atropelada por KLEYTON, que de imediato prestou socorro à KATIA. QUE foi chamado o SAMU para prestar os primeiros socorros. QUE depois KATIA foi conduzida até o Hospital Geral, para conclusão do atendimento. QUE segundo informação do medico KATIA irá passar por uma pequena cirurgia num dedo do pé, mais que a mesma não corre risco de morte. QUE o KLEYTON se comprometeu e prestar todo o apoio à KATIA e arcar com todos os prejuizos. É o relato.

ASSINATURAS

DAT

Marcos Wanderley da Silva
Agente Carcerário
Matrícula 42000721
Responsável pelo Atendimento

Superintendencia da Guarda Civil Municipal
(Comunicante)

AGENTE DE POLÍCIA

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