

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2722306020200522153011

Processo 0811272-14.2020.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág.1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08112721420208230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOELSON CASTELO ARAUJO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **02/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **02/06/2019**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **02/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOELSON CASTELO ARAUJO**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08112721420208230010.

Rio de Janeiro, 20 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016161/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/06/2019 10:03 Data/Hora Fim: 02/06/2019 10:17
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 925 CIPTUR Data: 02/06/2019
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 02/06/2019 09:09

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: AV. VILLE ROY C/ AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO

Tipo do Local: Outro

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO REJANE VICENTE DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Idade 38

Profissão: Policial Militar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Nao Informado

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 137638

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: 13

Nº: 141

Bairro: Jardim Tropical

Nome Civil: JOELSON CASTELO ARAUJO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 04/06/1989

Profissão: Estudante

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Gracinha Maciel Castelo

Nome do Pai: Jose da Silva Araujo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 272754

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 001.699.372-16

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AVENIDA VILLE ROY

Nº: 7144

Bairro: São Vicente



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016161/2019

Telefone: (95) 99153-3066 (Recado)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 819.441.012-68

Renavam 00804055220

Número do Chassi 9C2HA07003R055208

Cor VERDE

Município Veículo Boa Vista

Modelo HONDA/C100 BIZ

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 11/02/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAK3155

Número do Motor HA07E-3055208

Ano/Modelo Fabricação 2003/2003

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Antonio Rejane Vicente da Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

INFORMO QUE ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO LOCAL, CONFORME INFORMAÇÕES DA VITIMA SENHOR JOELSON CASTELO BRANCO, O MESMO TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/C100 BIZ NA COR VERDE E PLACA NAK3155, NA AVENIDA VILLE ROY SENTIDO CENTRO>BAIRRO, QUANDO AO REALIZAR MANOBRA DE MUDANÇA DE DIREÇÃO (CONVERSÃO À ESQUERDA) PARA SEGUIR NA AVENIDA PRESIDENTE CASTELO BRANCO, JÁ TRAFEGANDO NA ROTATÓRIA, ENVOLVEU SE EM COLISÃO COM UM VEICULO IDENTIFICADO APENAS COMO SENDO UMA SPIN NA COR BRANCA, QUE APÓS O EVENTO DANOSO, EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, SEGUINDO DESTINO IGNORADO. NA OCASIÃO, A EQUIPE DE RESGATE DO CBM SE FEZ PRESENTE NO LOCAL E REMOVEU O SENHOR JOELSON PARA O PSE. NÃO HOUVE SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA OFICIAL. FOI CONFECCIONADO AUTO DE INFILÇÃO DE TRANSITO DEVIDO O SENHOR JOELSON NÃO POSSUIR CNH, PPD OU ACC. AINDA NO LOCAL A HONDA/BIZ FOI LIBERADA PARA A SENHORA HORTENCIA PEREIRA LIMA DE CNH06554907180. DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECCIONADO ESTE RELATÓRIO PARA FINS DE REGISTRO E CONHECIMENTO.

ERA O QUE TINHA A RELATAR. TRANSCRITO CONFORME ROP.

ASSINATURAS

Maurício Ribeiro Dantas da Silva

Agente Carcerário
Matrícula 4200653

Responsável pelo Atendimento

Antonio Rejane Vicente da Silva

(Comunicante)

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

Delegado de Polícia Civil Emerson Luiz Freire

Impresso por: Jefferson Inácio Araújo

Data de Impressão: 04/07/2019 15:27

Protocolo nº: Não disponível



Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha este tipo de cobertura:

☐ DADOS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do Seguro do AS:

3 - CPF do titular:

003.699.372-16

4 - Nome completo do titular:

JOELSON CASTELO ARAÚJO

5 - Nome completo:

JOELSON CASTELO ARAÚJO

6 - CPF:

003.699.372-16

7 - Profissão:

ASTENOMO

8 - Endereço:

AV. VILLE ROY

9 - Cidade:

144

10 - Complemento:

Apie 1

11 - Bairro:

SÃO VICENTE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.303-445

15 - E-mail:

confianca@castelo.com

16 - Telefone:

(95) 98118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (Pais, Tutor ou Curador) Para Titular/Beneficiário menor de 18 anos ou incapaz com curador

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declara, para todos os fins da lei, residir no endereço acima informado, com posse comprovada anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDIMENTO DO TITULAR DA COBERTURA:

☒ RECEITA INFORMAR
☐ SEM RENDIMENTO

☐ 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 - TIPO DE COBERTURA:

☒ BENEFICÁRIO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO (MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR TUTOR)

☒ CONTRA FURTO/ROUBA (Cobertura para furto ou roubo, desde que o valor do seguro DPVAT seja superior a R\$ 50.000,00)

☐ Roubo (R\$ 50)

☒ Furtos (R\$ 10)

☐ Roubo de veículo (R\$ 10)

☐ Cópia Extrato de Fatura (R\$ 10)

AGÊNCIA:

1352

CONTA:

51443

2

AGÊNCIA:

CONTA:

Autoregistra-se a Seguradora Líder a seguir as informações bancárias informadas, de modo a possibilitar, o valor da indenização/indenização do Seguro DPVAT a quem tem direito, reconhecendo e dando, desde já, a ciência e aprovação do crédito, quitando o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE AVALIO DO IML - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região da residência ou da cidade residência; ou
 - O IML que atenda a região da residência ou da cidade residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda a região da residência ou da cidade residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito a apresentação da análise da minha situação de incapacidade do Seguro DPVAT, por avaliação permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que me submeterá a avaliação médica presencial, caso necessário, às custas autorizadas, conforme a disposição 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 discordar da mesma conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÔBITO BENEFICÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se o beneficiário for menor de idade: ☐ Sim ☐ Não

24 - Se o beneficiário for menor de idade:

25 - Se o beneficiário for menor de idade:

26 - Se o beneficiário for menor de idade:

27 - Se o beneficiário for menor de idade:

28 - Se o beneficiário for menor de idade:

29 - Se o beneficiário for menor de idade:

30 - Se o beneficiário for menor de idade:

31 - Se o beneficiário for menor de idade:

32 - Se o beneficiário for menor de idade:

33 - Se o beneficiário for menor de idade:

34 - Se o beneficiário for menor de idade:

35 - Se o beneficiário for menor de idade:

36 - Se o beneficiário for menor de idade:

37 - Se o beneficiário for menor de idade:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dissida, a indenização do Seguro DPVAT por morte igual a beneficiário (que se apresentarem a provar sua responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal).

38 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

39 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

38 - 3ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Local e data: BOA VISTA - RR, 26 de novembro de 2019.

Assinatura do titular/beneficiário (declarante)

Assinatura do Promotor (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON CASTELO ARAUJO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000051443-2

Autenticação:

E49301CA19B7B39F53FE61D648D54C6382102903FB79484A1D4E2E74603B3932

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

RAQUEL DELL EUGENIO

CPF: 00005763937899

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CEP: 69.301-050 - BOA VISTA

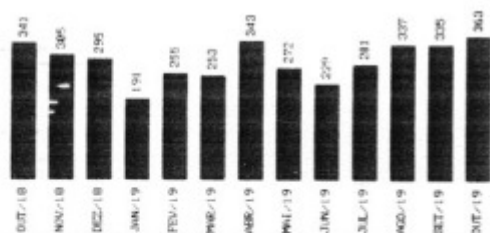
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 20134	Atual: 29/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 19771	Anterior: 26/09/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 33	Próxima leitura: 29/11/2019	Ligação: BI
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 28/10/2019	Número Medidor: 14TDB00002
Consumo medido: 363	Apresentação: 29/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 363	R: 12.001.02.11.603050	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

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 286

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

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

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 13/11/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contatos vencidos e já reavizados no valor de R\$ 210,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconvidar este aviso.

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%.

LIQUE 08007013120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO H32N, 5H82, 6H34, 74C9, 42F9, 43D2, CD4H, 4502 Power

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
				ALÍQUOTA	VALOR
Energia:	151,21	Encargos:	7,85	Base de Cálculo:	
Distribuição:	71,31	Tributos:	47,18	ICMS:	17,00% 47,18
Transmissão:	0,00			PIS:	0,00000% 0,00
				COFINS:	0,00000% 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC			FIC			DMIC
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	6,03	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			EUSD: 110,56

R: 12.001.02.11.603050 Power

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

SEU CÓDIGO

0126055-3

MÊS FATURADO

10/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu TELÚIA SANTIAGO GUEDES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 739.248.066 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOELSON CASTELO ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.699.372 / 16,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOELSON CASTELO ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 001.699.372 / 16, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: BOA VISTA - RR, 26 de novembro de 2019.

TELÚIA SANTIAGO GUEDES
Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGROR
Av. Ruy Barbosa, 1000 - Boa Vista - RR

1. Classificação

Residência
Larim
Família
Comunidade
Outro

Assistência
Primária
Secundária
Terciária
Quartária
Quintária

Assistência
Primária
Secundária
Terciária
Quartária
Quintária

02/06/2019 08:23:04

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

CPS

CPF

Página 10

Nome: JOHNSON CASTELO ARAUJO
Tipo de Documento: Cartão de Identificação Pessoal
Data de Nascimento: 04/06/1989
Sexo: M
Idade: 29 A 11 M 28 D
Estado Civil: Casado
Profissão: PARRA
Nacionalidade: Brasileira
Número de Documento: (95) 99905-7826
Ocupação: Desempregado

Mãe: GRACILHA MACIEL CASTELO

Endereço: AVENIDA VII LE ROY - 7144 - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR

Local de Atendimento: Posto de Saúde
Flora: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Caráter da Atendimento: URGÊNCIA
Profissional Consultado: Profissional Consultado
Procedimento: Procedimento
Validade: Validade
Autorização: Autorização
Situação: Situação

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO
Sintoma: GRANDE TRAUMA
Queixa Principal: Queixa Principal

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico
Exame Físico: Exame Físico

Atendimento: (HORA DA CONSULTA) - Paciente trazido pelos familiares em promeira, sem color; vítima de acidente motorista. Não houve capote. Não houve fratura, laceração, contusão.

Exame Físico: 1) Dor, no dor cervical. 2) Exame físico, DR.

Exame Físico: 3) Glasgow 15. 4) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 5) Glasgow 15. 6) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 7) Glasgow 15. 8) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 9) Glasgow 15. 10) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 11) Glasgow 15. 12) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 13) Glasgow 15. 14) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 15) Glasgow 15. 16) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 17) Glasgow 15. 18) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 19) Glasgow 15. 20) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 21) Glasgow 15. 22) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 23) Glasgow 15. 24) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 25) Glasgow 15. 26) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 27) Glasgow 15. 28) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 29) Glasgow 15. 30) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 31) Glasgow 15. 32) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 33) Glasgow 15. 34) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 35) Glasgow 15. 36) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 37) Glasgow 15. 38) MIBs involvidas, dor em

Exame Físico: 39) Glasgow 15. 40) MIBs involvidas, dor em

9

BLUDD

Ata: 28/06/2019

LAIADO PARA AÇÃO DE INDENIZAÇÃO
DE INDENIZAÇÃO DE DANOS MATERIAISSINISTRO
LADO DA
SINISTROSINISTRO
LADO DA
SINISTROCONDIÇÃO DO VEÍCULO DANADO NO SINISTRO
CONDIÇÃO DO VEÍCULO DANADO NO SINISTROCONDIÇÃO DO VEÍCULO DANADO NO SINISTRO
CONDIÇÃO DO VEÍCULO DANADO NO SINISTROCONDIÇÃO DO VEÍCULO DANADO NO SINISTRO
CONDIÇÃO DO VEÍCULO DANADO NO SINISTRO

JOELSON CARLOS ALVES

173563

04/06/89

0102010181417030

09/09/037820

Guacima, Maurice, Castelo

Av. Ville Roy 4144 São Vicente

BU

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

Pecunia sola cadit, quoniam
da e lussu personal do outro. eque
e terminale di

C/Imagem

Pr outro eque, e. Terminale

WKA LAI TROVADA ONDA, 01/04 e 01/05/1916

PROCEDIMENTO DE INTERVENÇÃO

Requisito incrementado (ver 1/04 e 1/05)

C/Imagem 1/04/1916

Joel A. Lopes Alves

01/05/1916 17/03/1916

02/06/19

PREFICHES DO CASO DE CAUSALIDADE (ACIDENTE VOLUNTÁRIO)

EXPLICAÇÃO DO CASO

ACIDENTE DE TRÁFICO

ACIDENTE DE TRÁFICO

ACIDENTE DE TRÁFICO

ACIDENTE DE TRÁFICO

ACIDENTE DE TRÁFICO

ACIDENTE DE TRÁFICO

0408010134

5430

V299

atu 2.6



Jelson Carlos Araújo

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 02/06/2019

CS

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Lesão traumática do ombro (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução incremental do ombro

TIPO DE INTERVENÇÃO: Redução de ombro

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: a mesma

CIRURGIÃO: Dr. Jelson

1º AUXILIAR: Tora Guilhermina

2º AUXILIAR: Thiago Quirino

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: Geral - endovenosa

ANESTESISTAS: Dr. A. Gomes

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Paciente anestesiado

1. Injeção da fratura sob tração

Manipulação de compressão

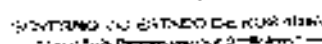
Colocação de Típola.

Dr. Jelson Carlos Araújo
CRM-RR 500

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APTO. ULTIMO	Nº DO PRONTO-SOLAR		DATA
Jorgeon castelo Araujo					02 / 06 / 19
TIPO		CIRURGIA			
Cirurgia ombro "e"		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO	
		11:28	11:30	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA		CIRURGIÃO			
ANESTESISTA		Dr. Adonias			
RES. ANESTESIA		L. Neto			
INSTRUMENTADOR					
CIRCULANTE		Nauze / Ramundo			
TEMPO DE DURAÇÃO		QUANT. MEDICAMENTOS			
MATERIAIS		FRASCO DE SORO FISIOLÓGICO 250 ml			
PQTE COMPRESSAS C/03		Bandeja de Soro			
LIND		FRASCO SORO RINGER LACTADO			
PACOTES GAZE		FRASCO SORO GLUCOSADO			
LUVA ESTÉRIL 7.5		FIO VICRYL N°			
LUVA ESTÉRIL 7.5		FIO MONONYLON N°			
LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°			
LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°			
LUVAS IV PROCEDIMENTOS		FIO CATGUT SIMPLES N°			
LAMINA BISTURI N°		FIO CATGUT CROMADO N°			
DRENO DE SUÇÃO N°		FIO PROLENE N°			
DRENO DE TORAX N°		FIO SEDA N°			
DRENO DE PENROSE N°		SURGICEI			
SERINGA 0.1ML		CERA P/ OSO			
SERINGA 0.5ML		KIT CATARATA N°			
SERINGA 1.0ML		GLOBOCIT Adrenalina			
SERINGA 2.0ML		PITA CANTO-CR. Exter 02			
		OLHOS: Blistados			

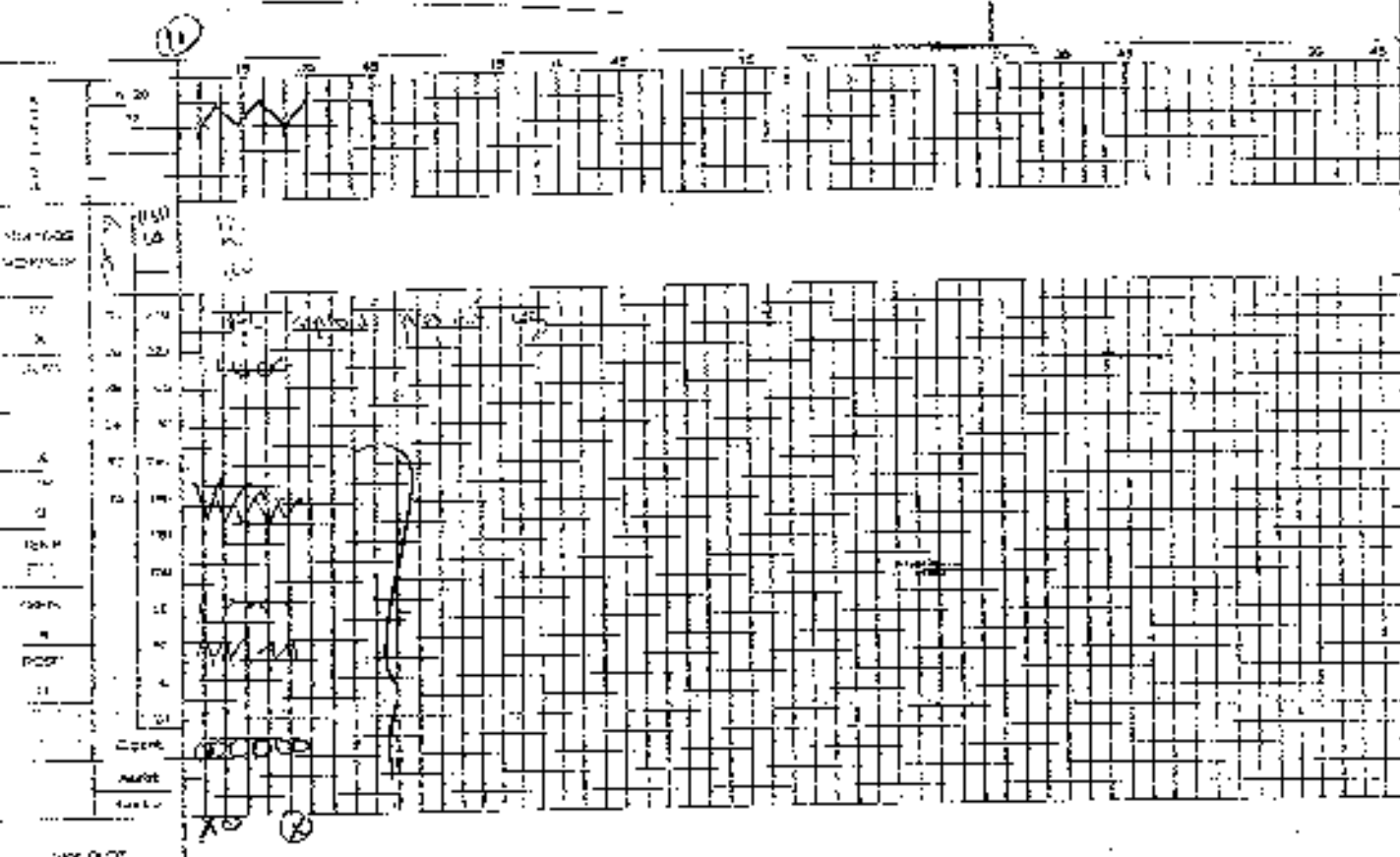
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO POR RESPONSÁVEIS INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		DENTADA NA C.C. DO PACIENTE		VALOR
		Ana Karate		MATERIAL MEDICAMENTOS		
				SIB-TOTAL		
				TAXA DE SALA		
				TAXA DE ANESTESIA		
				SOMA		
FUNÇÃO: CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
		Nauze / Ramundo				



53. $\text{SiO}_2 + \text{H}_2\text{O} \rightarrow \text{H}_2\text{SiO}_3 + \text{H}_2\text{O}$

03/06/19

FOR ALL INFORMATION CONTACT: DOMINIC DORSEY, 202-278-5712

[illegible]

$x = \text{Kern}$ ist ein
f. Intervall in $\mathbb{R}^n$ mit $\text{dim}(x) = n$

Ne Split

APPROVED: (205-) (205-)

1. A copy of the report of the Board of Directors
2. A copy of the report of the Board of Directors
3. A copy of the report of the Board of Directors

For $\omega_0 = 2\pi \times 10^6$ rad/s, the model transfer function is

① CAM 3609

BRAND THOMPSON MEDICAL
CHAMBERLAIN

A-64
100-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: <u>JOELSON CASTOR ALVES</u>					
AGNOSTIA: <u>LUXAÇÃO do joelho e fratura torção</u>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE: <u>75</u>		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MASSAGEM
3	SF 0.9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SFD 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS.				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITE				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SSV + CCG 6/6 H				
13	CURATIVO DIÁRIO SN				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OS GLICOSE < 70
 DULMI, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR F. ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- #ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
- #EXAME FÍSICO: H+G, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- #SOLICITADO:
- #CONDLTA: MANTIDA
- #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
- #PREVISÃO DE ALTA:

Dr. João Carlos Aguiar
 CRM-RR 366

Ogns PA: 128/85 FC: 92

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	128/85	92	
18 H	108/69	103	
24 H			

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Plantão Noturno

Adm. medicações conforme
 prescrição médica, exceto item
 ③, pois farmácia não disponível
 30ml. Atropina SSVV segue ao

Dr. João Carlos Aguiar
 Tcc. em Enfermagem
 COREN-RR 10000 - 10000

03/05/2015

PA: 11x7
 P: 86
 F: 36

03/05/19
 Plavindo Aguiar
 Paciente
 Sem Progressão
 Médica do Dia

Antônio Francisco
 Coordenador de Enfermagem



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborado em: 08/2014

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

golson castelo bronze

Leito: 64

Data: 03/06/19

Localização



Região: MLD



Região:

Etiologia

☐ LPP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma ☐ Tração ☐ Fissão Externa ☐ Isotopia
☐ Outro:

☐ LPP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fissão Externa ☐ Isotopia
☐ Outro:

Aparência do

Leito

☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros
☒ Normal ☐ Mucoso ☐ Seca ☐ Úlcera/Rubor
☐ Outro:

☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros
☐ Normal ☐ Mucoso ☐ Seca ☐ Úlcera/Rubor
☐ Outro:

Pele Periférica

Tipo de Ferimento

☐ Puntiforme ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Puntiforme ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

Quantidade de

Exsudado

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de

Limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Trocen

☒ 2/2 ☐ Aliança ☐ Diário ☐ 48/48h

☐ 2/2 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou procedimento

Francieleide D. Almeida
 Técnica em Enfermagem
 COREN PR 47712-15

Francieleide Miguel L.
 Técnica em Enfermagem
 COREN PR 47712-15

Observações

120-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DI		ON	
FACIENTE		JONAS CARVALHO AZEVEDO			
DIAGNÓSTICO		LUXAÇÃO ANTERO (E) + FRACTURA TORNOZELO			
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORARIO	
	1	DIE TA ORAL LIVRE		SU/D	
	2	AVP: 500.9% 500ml 1X3/d		Mante	
	3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8h		20-10	
	4	TILATEL 20mg 12/12hs		20-10-14	
	5	CIPROFLOXACINA 250mg EV 8/8h		SU	
	6	TRAMAL 100MG : 50.0.9% 100ml EV 8/8h (20mg) VO DE 8/8h SE POR INTENSA		SU	
	7	PLASIL 40 mg EV 8/8h (S/N)		SU	
	8	FANTODINA 50MG EV 8/8hs		SU	
	9	SIMPLICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SU	
	10	SSVV + CCGG 8/8 h		SU	
	12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 FOU PAD > 110 MMHG		SU	
	14	CURATIVO DIÁRIO		SU	
	15				
	16				
	17				
	18				
	19				
	20				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 3UI; 301-350: 4UI; 351-400: 5UI; 401-450: 6UI; 451-500: 7UI; 501-550: 8UI; 551-600: 9UI; 601-650: 10UI; 651-700: 11UI; 701-750: 12UI; 751-800: 13UI; 801-850: 14UI; 851-900: 15UI; 901-950: 16UI; 951-1000: 17UI; 1001-1100: 18UI; 1101-1200: 19UI; 1201-1300: 20UI; 1301-1400: 21UI; 1401-1500: 22UI; 1501-1600: 23UI; 1601-1700: 24UI; 1701-1800: 25UI; 1801-1900: 26UI; 1901-2000: 27UI; 2001-2100: 28UI; 2101-2200: 29UI; 2201-2300: 30UI; 2301-2400: 31UI; 2401-2500: 32UI; 2501-2600: 33UI; 2601-2700: 34UI; 2701-2800: 35UI; 2801-2900: 36UI; 2901-3000: 37UI; 3001-3100: 38UI; 3101-3200: 39UI; 3201-3300: 40UI; 3301-3400: 41UI; 3401-3500: 42UI; 3501-3600: 43UI; 3601-3700: 44UI; 3701-3800: 45UI; 3801-3900: 46UI; 3901-4000: 47UI; 4001-4100: 48UI; 4101-4200: 49UI; 4201-4300: 50UI; 4301-4400: 51UI; 4401-4500: 52UI; 4501-4600: 53UI; 4601-4700: 54UI; 4701-4800: 55UI; 4801-4900: 56UI; 4901-5000: 57UI; 5001-5100: 58UI; 5101-5200: 59UI; 5201-5300: 60UI; 5301-5400: 61UI; 5401-5500: 62UI; 5501-5600: 63UI; 5601-5700: 64UI; 5701-5800: 65UI; 5801-5900: 66UI; 5901-6000: 67UI; 6001-6100: 68UI; 6101-6200: 69UI; 6201-6300: 70UI; 6301-6400: 71UI; 6401-6500: 72UI; 6501-6600: 73UI; 6601-6700: 74UI; 6701-6800: 75UI; 6801-6900: 76UI; 6901-7000: 77UI; 7001-7100: 78UI; 7101-7200: 79UI; 7201-7300: 80UI; 7301-7400: 81UI; 7401-7500: 82UI; 7501-7600: 83UI; 7601-7700: 84UI; 7701-7800: 85UI; 7801-7900: 86UI; 7901-8000: 87UI; 8001-8100: 88UI; 8101-8200: 89UI; 8201-8300: 90UI; 8301-8400: 91UI; 8401-8500: 92UI; 8501-8600: 93UI; 8601-8700: 94UI; 8701-8800: 95UI; 8801-8900: 96UI; 8901-9000: 97UI; 9001-9100: 98UI; 9101-9200: 99UI; 9201-9300: 100UI; 9301-9400: 101UI; 9401-9500: 102UI; 9501-9600: 103UI; 9601-9700: 104UI; 9701-9800: 105UI; 9801-9900: 106UI; 9901-10000: 107UI					

Dr. Edson Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 123456789

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

SINAIS VITAIS					
6 H	120x80	86	-	36.2	
12 H					
18 H					
24 H	120x80	87		36.3	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Plano noturno, administrado Medicamento
prescritos, segue com cuidados.

Prontuário
CRM 123456789

120-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE MORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DI		DN	
PACIENTE: <i>Joelson Antônio Araújo</i>					
DIAGNÓSTICO: <i>Lesão no L. C. + Fratura T. N. 3</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		15/00	120-1	DATA	03-06-19
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	GLICIA DIAI LIVRE				SND
2	AVH. SF0.9% 500ml 1x/dia				
3	CECALINA 1g EV 6/6h				
4	KLATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPERONA 2ML EV RD S/N				SA
6	TRAVAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV C/ 21cp (20cp) VO DE 8/6h SE DOR INTENSA				
7	PIASIL 40 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 6/8 h (S/N)				SA
10	SSV + CCGG 6/6 h				ROTINA
12	CAFTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				SA
14	CURATIVO DIÁRIO				S.T.F
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-240: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE 470 DUML, GLICOSE 500 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

06-32

14.08.06

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 10657-0/0000-521

EVOLUÇÃO MÉDICA:

As biópsia para programação cirúrgica

BEZ

	PA	FC	T
SINAIS VITAIS			
6 H	119x70	109	37.7
12 H	124x81	97	37.7
18 H	128x86	94	35.7°C
24 H	130x80	90	36.7

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

12h - Sem intercorrências na
plantão e segue seg. por
dados de enfermagem
Dr. Di Giovanni

410-2 120-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	LUXAÇÃO DE OMBRO E / FRATURA DE TNZ				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	120-1	DATA	06/06/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACesso VENOSO PERIFÉRICO				MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				SUSPENSO
4	DIPIRONA 2G EV 8/8HS				SUSPENSO
5	CLINDAMICINA 600MG IV 8/8HS				SUSPENSO
6	THAMAL 100MG + SFO,0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NAL BUFINA 10 MG + 100ML SOL. 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SND
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				SND
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SND
10	SIMETICONA GÓTAS 40 GÓTAS VO DE 8/8 h				SUSPENSO
11	GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA				SUSPENSO
12	GLEXANÉ 40MG SC 1X/DIA				SUSPENSO
13					
14					
15	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
17	SSVV + CCGG 8/8 H				ROTINA
18	CURATIVO DIÁRIO				SUSPENSO
19					
20					
21					

ODS: Feito
 medicação
 prescrita
 1 hora (4)
 29. / a mesma
 foi rotada
 no 2º dia de
 onde o
 paciente veio
 transportado)
 mas, admitido
 de 1º dia.
 Jure, T. no
 16/06/19

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-
 750; 2UI; 251-320: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI; 451-500: 12UI; 501-550: 14UI; 551-600: 16UI; 601-650: 18UI; 651-700: 20UI; 701-750: 22UI; 751-800: 24UI; 801-850: 26UI; 851-900: 28UI; 901-950: 30UI; 951-1000: 32UI; 1001-1050: 34UI; 1051-1100: 36UI; 1101-1150: 38UI; 1151-1200: 40UI; 1201-1250: 42UI; 1251-1300: 44UI; 1301-1350: 46UI; 1351-1400: 48UI; 1401-1450: 50UI; 1451-1500: 52UI; 1501-1550: 54UI; 1551-1600: 56UI; 1601-1650: 58UI; 1651-1700: 60UI; 1701-1750: 62UI; 1751-1800: 64UI; 1801-1850: 66UI; 1851-1900: 68UI; 1901-1950: 70UI; 1951-2000: 72UI; 2001-2050: 74UI; 2051-2100: 76UI; 2101-2150: 78UI; 2151-2200: 80UI; 2201-2250: 82UI; 2251-2300: 84UI; 2301-2350: 86UI; 2351-2400: 88UI; 2401-2450: 90UI; 2451-2500: 92UI; 2501-2550: 94UI; 2551-2600: 96UI; 2601-2650: 98UI; 2651-2700: 100UI; 2701-2750: 102UI; 2751-2800: 104UI; 2801-2850: 106UI; 2851-2900: 108UI; 2901-2950: 110UI; 2951-3000: 112UI; 3001-3050: 114UI; 3051-3100: 116UI; 3101-3150: 118UI; 3151-3200: 120UI; 3201-3250: 122UI; 3251-3300: 124UI; 3301-3350: 126UI; 3351-3400: 128UI; 3401-3450: 130UI; 3451-3500: 132UI; 3501-3550: 134UI; 3551-3600: 136UI; 3601-3650: 138UI; 3651-3700: 140UI; 3701-3750: 142UI; 3751-3800: 144UI; 3801-3850: 146UI; 3851-3900: 148UI; 3901-3950: 150UI; 3951-4000: 152UI; 4001-4050: 154UI; 4051-4100: 156UI; 4101-4150: 158UI; 4151-4200: 160UI; 4201-4250: 162UI; 4251-4300: 164UI; 4301-4350: 166UI; 4351-4400: 168UI; 4401-4450: 170UI; 4451-4500: 172UI; 4501-4550: 174UI; 4551-4600: 176UI; 4601-4650: 178UI; 4651-4700: 180UI; 4701-4750: 182UI; 4751-4800: 184UI; 4801-4850: 186UI; 4851-4900: 188UI; 4901-4950: 190UI; 4951-5000: 192UI; 5001-5050: 194UI; 5051-5100: 196UI; 5101-5150: 198UI; 5151-5200: 200UI; 5201-5250: 202UI; 5251-5300: 204UI; 5301-5350: 206UI; 5351-5400: 208UI; 5401-5450: 210UI; 5451-5500: 212UI; 5501-5550: 214UI; 5551-5600: 216UI; 5601-5650: 218UI; 5651-5700: 220UI; 5701-5750: 222UI; 5751-5800: 224UI; 5801-5850: 226UI; 5851-5900: 228UI; 5901-5950: 230UI; 5951-6000: 232UI; 6001-6050: 234UI; 6051-6100: 236UI; 6101-6150: 238UI; 6151-6200: 240UI; 6201-6250: 242UI; 6251-6300: 244UI; 6301-6350: 246UI; 6351-6400: 248UI; 6401-6450: 250UI; 6451-6500: 252UI; 6501-6550: 254UI; 6551-6600: 256UI; 6601-6650: 258UI; 6651-6700: 260UI; 6701-6750: 262UI; 6751-6800: 264UI; 6801-6850: 266UI; 6851-6900: 268UI; 6901-6950: 270UI; 6951-7000: 272UI; 7001-7050: 274UI; 7051-7100: 276UI; 7101-7150: 278UI; 7151-7200: 280UI; 7201-7250: 282UI; 7251-7300: 284UI; 7301-7350: 286UI; 7351-7400: 288UI; 7401-7450: 290UI; 7451-7500: 292UI; 7501-7550: 294UI; 7551-7600: 296UI; 7601-7650: 298UI; 7651-7700: 300UI; 7701-7750: 302UI; 7751-7800: 304UI; 7801-7850: 306UI; 7851-7900: 308UI; 7901-7950: 310UI; 7951-8000: 312UI; 8001-8050: 314UI; 8051-8100: 316UI; 8101-8150: 318UI; 8151-8200: 320UI; 8201-8250: 322UI; 8251-8300: 324UI; 8301-8350: 326UI; 8351-8400: 328UI; 8401-8450: 330UI; 8451-8500: 332UI; 8501-8550: 334UI; 8551-8600: 336UI; 8601-8650: 338UI; 8651-8700: 340UI; 8701-8750: 342UI; 8751-8800: 344UI; 8801-8850: 346UI; 8851-8900: 348UI; 8901-8950: 350UI; 8951-9000: 352UI; 9001-9050: 354UI; 9051-9100: 356UI; 9101-9150: 358UI; 9151-9200: 360UI; 9201-9250: 362UI; 9251-9300: 364UI; 9301-9350: 366UI; 9351-9400: 368UI; 9401-9450: 370UI; 9451-9500: 372UI; 9501-9550: 374UI; 9551-9600: 376UI; 9601-9650: 378UI; 9651-9700: 380UI; 9701-9750: 382UI; 9751-9800: 384UI; 9801-9850: 386UI; 9851-9900: 388UI; 9901-9950: 390UI; 9951-10000: 392UI; 10001-10050: 394UI; 10051-10100: 396UI; 10101-10150: 398UI; 10151-10200: 400UI; 10201-10250: 402UI; 10251-10300: 404UI; 10301-10350: 406UI; 10351-10400: 408UI; 10401-10450: 410UI; 10451-10500: 412UI; 10501-10550: 414UI; 10551-10600: 416UI; 10601-10650: 418UI; 10651-10700: 420UI; 10701-10750: 422UI; 10751-10800: 424UI; 10801-10850: 426UI; 10851-10900: 428UI; 10901-10950: 430UI; 10951-11000: 432UI; 11001-11050: 434UI; 11051-11100: 436UI; 11101-11150: 438UI; 11151-11200: 440UI; 11201-11250: 442UI; 11251-11300: 444UI; 11301-11350: 446UI; 11351-11400: 448UI; 11401-11450: 450UI; 11451-11500: 452UI; 11501-11550: 454UI; 11551-11600: 456UI; 11601-11650: 458UI; 11651-11700: 460UI; 11701-11750: 462UI; 11751-11800: 464UI; 11801-11850: 466UI; 11851-11900: 468UI; 11901-11950: 470UI; 11951-12000: 472UI; 12001-12050: 474UI; 12051-12100: 476UI; 12101-12150: 478UI; 12151-12200: 480UI; 12201-12250: 482UI; 12251-12300: 484UI; 12301-12350: 486UI; 12351-12400: 488UI; 12401-12450: 490UI; 12451-12500: 492UI; 12501-12550: 494UI; 12551-12600: 496UI; 12601-12650: 498UI; 12651-12700: 500UI; 12701-12750: 502UI; 12751-12800: 504UI; 12801-12850: 506UI; 12851-12900: 508UI; 12901-12950: 510UI; 12951-13000: 512UI; 13001-13050: 514UI; 13051-13100: 516UI; 13101-13150: 518UI; 13151-13200: 520UI; 13201-13250: 522UI; 13251-13300: 524UI; 13301-13350: 526UI; 13351-13400: 528UI; 13401-13450: 530UI; 13451-13500: 532UI; 13501-13550: 534UI; 13551-13600: 536UI; 13601-13650: 538UI; 13651-13700: 540UI; 13701-13750: 542UI; 13751-13800: 544UI; 13801-13850: 546UI; 13851-13900: 548UI; 13901-13950: 550UI; 13951-14000: 552UI; 14001-14050: 554UI; 14051-14100: 556UI; 14101-14150: 558UI; 14151-14200: 560UI; 14201-14250: 562UI; 14251-14300: 564UI; 14301-14350: 566UI; 14351-14400: 568UI; 14401-14450: 570UI; 14451-14500: 572UI; 14501-14550: 574UI; 14551-14600: 576UI; 14601-14650: 578UI; 14651-14700: 580UI; 14701-14750: 582UI; 14751-14800: 584UI; 14801-14850: 586UI; 14851-14900: 588UI; 14901-14950: 590UI; 14951-15000: 592UI; 15001-15050: 594UI; 15051-15100: 596UI; 15101-15150: 598UI; 15151-15200: 600UI; 15201-15250: 602UI; 15251-15300: 604UI; 15301-15350: 606UI; 15351-15400: 608UI; 15401-15450: 610UI; 15451-15500: 612UI; 15501-15550: 614UI; 15551-15600: 616UI; 15601-15650: 618UI; 15651-15700: 620UI; 15701-15750: 622UI; 15751-15800: 624UI; 15801-15850: 626UI; 15851-15900: 628UI; 15901-15950: 630UI; 15951-16000: 632UI; 16001-16050: 634UI; 16051-16100: 636UI; 16101-16150: 638UI; 16151-16200: 640UI; 16201-16250: 642UI; 16251-16300: 644UI; 16301-16350: 646UI; 16351-16400: 648UI; 16401-16450: 650UI; 16451-16500: 652UI; 16501-16550: 654UI; 16551-16600: 656UI; 16601-16650: 658UI; 16651-16700: 660UI; 16701-16750: 662UI; 16751-16800: 664UI; 16801-16850: 666UI; 16851-16900: 668UI; 16901-16950: 670UI; 16951-17000: 672UI; 17001-17050: 674UI; 17051-17100: 676UI; 17101-17150: 678UI; 17151-17200: 680UI; 17201-17250: 682UI; 17251-17300: 684UI; 17301-17350: 686UI; 17351-17400: 688UI; 17401-17450: 690UI; 17451-17500: 692UI; 17501-17550: 694UI; 17551-17600: 696UI; 17601-17650: 698UI; 17651-17700: 700UI; 17701-17750: 702UI; 17751-17800: 704UI; 17801-17850: 706UI; 17851-17900: 708UI; 17901-17950: 710UI; 17951-18000: 712UI; 18001-18050: 714UI; 18051-18100: 716UI; 18101-18150: 718UI; 18151-18200: 720UI; 18201-18250: 722UI; 18251-18300: 724UI; 18301-18350: 726UI; 18351-18400: 728UI; 18401-18450: 730UI; 18451-18500: 732UI; 18501-18550: 734UI; 18551-18600: 736UI; 18601-18650: 738UI; 18651-18700: 740UI; 18701-18750: 742UI; 18751-18800: 744UI; 18801-18850: 746UI; 18851-18900: 748UI; 18901-18950: 750UI; 18951-19000: 752UI; 19001-19050: 754UI; 19051-19100: 756UI; 19101-19150: 758UI; 19151-19200: 760UI; 19201-19250: 762UI; 19251-19300: 764UI; 19301-19350: 766UI; 19351-19400: 768UI; 19401-19450: 770UI; 19451-19500: 772UI; 19501-19550: 774UI; 19551-19600: 776UI; 19601-19650: 778UI; 19651-19700: 780UI; 19701-19750: 782UI; 19751-19800: 784UI; 19801-19850: 786UI; 19851-19900: 788UI; 19901-19950: 790UI; 19951-20000: 792UI; 20001-20050: 794UI; 20051-20100: 796UI; 20101-20150: 798UI; 20151-20200: 800UI; 20201-20250: 802UI; 20251-20300: 804UI; 20301-20350: 806UI; 20351-20400: 808UI; 20401-20450: 810UI; 20451-20500: 812UI; 20501-20550: 814UI; 20551-20600: 816UI; 20601-20650: 818UI; 20651-20700: 820UI; 20701-20750: 822UI; 20751-20800: 824UI; 20801-20850: 826UI; 20851-20900: 828UI; 20901-20950: 830UI; 20951-21000: 832UI; 21001-21050: 834UI; 21051-21100: 836UI; 21101-21150: 838UI; 21151-21200: 840UI; 21201-21250: 842UI; 21251-21300: 844UI; 21301-21350: 846UI; 21351-21400: 848UI; 21401-21450: 850UI; 21451-21500: 852UI; 21501-21550: 854UI; 21551-21600: 856UI; 21601-21650: 858UI; 21651-21700: 860UI; 21701-21750: 862UI; 21751-21800: 864UI; 21801-21850: 866UI; 21851-21900: 868UI; 21901-21950: 870UI; 21951-22000: 872UI; 22001-22050: 874UI; 22051-22100: 876UI; 22101-22150: 878UI; 22151-22200: 880UI; 22201-22250: 882UI; 22251-22300: 884UI; 22301-22350: 886UI; 22351-22400: 888UI; 22401-22450: 890UI; 22451-22500: 892UI; 22501-22550: 894UI; 22551-22600: 896UI; 22601-22650: 898UI; 22651-22700: 900UI; 22701-22750: 902UI; 22751-22800: 904UI; 22801-22850: 906UI; 22851-22900: 908UI; 22901-22950: 910UI; 22951-23000: 912UI; 23001-23050: 914UI; 23051-23100: 916UI; 23101-23150: 918UI; 23151-23200: 920UI; 23201-23250: 922UI; 23251-23300: 924UI; 23301-23350: 926UI; 23351-23400: 928UI; 23401-23450: 930UI; 23451-23500: 932UI; 23501-23550: 934UI; 23551-23600: 936UI; 23601-23650: 938UI; 23651-23700: 940UI; 23701-23750: 942UI; 23751-23800: 944UI; 23801-23850: 946UI; 23851-23900: 948UI; 23901-23950: 950UI; 23951-24000: 952UI; 24001-24050: 954UI; 24051-24100: 956UI; 24101-24150: 958UI; 24151-24200: 960UI; 24201-24250: 962UI; 24251-24300: 964UI; 24301-24350: 966UI; 24351-24400: 968UI; 24401-24450: 970UI; 24451-24500: 972UI; 24501-24550: 974UI; 24551-24600: 976UI; 24601-24650: 978UI; 24651-24700: 980UI; 24701-24750: 982UI; 24751-24800: 984UI; 24801-24850: 986UI; 24851-24900: 988UI; 24901-24950: 990UI; 24951-25000: 992UI; 25001-25050: 994UI; 25051-25100: 996UI; 25101-25150: 998UI; 25151-25200: 1000UI; 25201-25250: 1002UI; 25251-25300: 1004UI; 25301-25350: 1006UI; 25351-25400: 1008UI; 25401-25450: 1010UI; 25451-25500: 1012UI; 25501-25550: 1014UI; 25551-25600: 1016UI; 25601-25650: 1018UI; 25651-25700: 1020UI; 25701-25750: 1022UI; 25751-25800: 1024UI; 25801-25850: 1026UI; 25851-25900: 1028UI; 25901-25950: 1030UI; 25951-26000: 1032UI; 26001-26050: 1034UI; 26051-26100: 1036UI; 26101-26150: 1038UI; 26151-26200: 1040UI; 26201-26250: 1042UI; 26251-26300: 1044UI; 26301-26350: 1046UI; 26351-26400: 1048UI; 26401-26450: 1050UI; 26451-26500: 1052UI; 26501-26550: 1054UI; 26551-26600: 1056UI; 26601-26650: 1058UI; 26651-26700: 1060UI; 26701-26750: 1062UI; 26751-26800: 1064UI; 26801-26850: 1066UI; 26851-26900: 1068UI; 26901-26950: 1070UI; 26951-27000: 1072UI; 27001-27050: 1074UI; 27051-27100: 1076UI; 27101-27150: 1078UI; 27151-27200: 1080UI; 27201-27250: 1082UI; 27251-27300: 1084UI; 27301-27350: 1086UI; 27351-27400: 1088UI; 27401-27450: 1090UI; 27451-27500: 1092UI; 27501-27550: 1094UI; 27551-27600: 1096UI; 27601-27650: 1098UI; 27651-27700: 1100UI; 27701-27750: 1102UI; 27751-27800: 1104UI; 27801-27850: 1106UI; 27851-27900: 1108UI; 27901-27950: 1110UI; 27951-28000: 1112UI; 28001-28050: 1114UI; 28051-28100: 1116UI; 28101-28150: 1118UI; 28151-28200: 1120UI; 28201-28250: 1122UI; 28251-28300: 1124UI; 28301-28350: 1126UI; 28351-28400: 1128UI; 28401-28450: 1130UI; 28451-28500: 1132UI; 28501-28550: 1134UI; 28551-28600: 1136UI; 28601-28650: 1138UI; 28651-28700: 1140UI; 28701-28750: 1142UI; 28751-28800: 1144UI; 28801-28850: 1146UI; 28851-28900: 1148UI; 28901-28950: 1150UI; 28951-29000: 1152UI; 29001-29050: 1154UI; 29051-29100: 1156UI; 29101-29150: 1158UI; 29151-29200: 1160UI; 29201-29250: 1162UI; 29251-29300: 1164UI; 29301-29350: 1166UI; 29351-29400: 1168UI; 29401-29450: 1170UI; 29451-29500: 1172UI; 29501-29550: 1174UI; 29551-29600: 1176UI; 29601-29650: 1178UI; 29651-29700: 1180UI; 29701-29750: 1182UI; 29751-29800: 1184UI



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



410
2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	410-2	DATA
ITEM				HORARIO
1	D.ETA ORAL LIVRE			5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			meio dia
3	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)			
4				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8 20% AD			
6	TRAMAL 120MG - SF 0.9% EV OU 31 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 113 MMMHG			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 250-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				
21				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETIDO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SLV.
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPRÍFICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	PC	FC	T
6 H	127x80	97	-	35.8
12 H	110x80	72	128	36.9
18 H	122x77	98	20	37.5°C
24 H	116x78	90	-	36.5

Dr. [Assinatura]
GABINETE

410-2 a



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN #####	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO					
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		410-2		DATA	
ITEM							HORARIO
1		DIETA ORAL LIVRE					SND
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					MANTER.
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SU
4							
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6					18 18 21 06
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 31 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SA
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					
9		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MM/HG					
10		SSVV + CCGS 8/8 H					ROTINA
12							
14							
15							
16							
17							
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA					
19							
20							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE; ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista
CRM 55.161

Dr. Odairchi Costa
Médico Nefrologista
Unidade Nefrologia
CRM 25.118

SINAIS VITAIS				
6 H	107,70	98	20	37,2
12 H	107,70	98	20	37,2
18 H	107,70	98	20	37,2
24 H	107,70	98	20	37,2

+ Realizado troca de AUP as 22h
Telco 38.11

4102



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#00000000		
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO								
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ								
ALERGIAS		HAS								
IDADE		LEITO		410-2		DM2		DATA		
13 EM								09/06/2019		
1		DIETA ORAL LIVRE							HORÁRIO	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							SND	
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)							Manten	
4										
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6								
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU C1 OP VO DE 8/8h SE DGR INT LNSA							12/05/2019	
7		PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)							FV	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N								
9		CAPTOPRIL 25MG VO SL PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMMHG								
10		SSVV + CCGG 6/6 H							Rohira	
12										
14										
15										
16										
17										
18										
19		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),								
20		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI 251-300: 4UI 301-350: 6UI;								
		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50%								
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%								
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SEMCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: D.E.G, LDTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO.

PREVISÃO DL ALTA: SEM PREVISÃO Fm: 06/06/2019

CONDUITA: MANTIDA Fm: 06/06/2019

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	R
6 H	125x81	84	36,2°C	sem rales
12 H	130/80	93	36,3	
18 H	133/90	90	36,3	
24 H	132x80	80	36,4°C	sem rales

Dr. Afonso Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100000

Tratamento de feridas

ZCCR

Paciente: Goldson, Carlos, Marcelo

Leito: 410-2

Data: 09/06/19

Localização



Região: M.I.D.

Classificação: I (X) II ()



Região: _____

Classificação: I () II ()

Etiologia

☐ ULPI II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☒ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros: _____

☐ ULPI II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outros: _____

Aparência do Leito

☐ Secrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____

☐ Secrose Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____

Pele Periférica

☒ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outros: _____

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outros: _____

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguinolento ☐ Seco
☐ Outros: _____

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguinolento ☐ Seco
☐ Outros: _____

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros: _____

☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outros: _____

Tecido

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h

Profilaxia que realizou

procedimento:

Assinatura de enfermeiro
 Data: 09/06/19

Assinatura de enfermeiro
 Data: 09/06/19

Assinatura de enfermeiro
 Data: 09/06/19

Observações:

410-02



SECRETARIA DE SAÚDE DE JOINVILLE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: JOELSON CARLOS ALVES					
DIAGNÓSTICO: Lx. Om. 13a + 13a. FM					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DMZ	NEGA
IDADE:		LEITO	410-2	DATA	10/08/15
T.M.		PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SVP. SF 0.9% 500ml 1X/dia				
3	OFFA OITINA 1G FV 6/6				
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 200mg FV 6/6 S/N				
6	KASAL 100mg - SF 0.3% 100ml FV 6/6 (Circ. 2mg/kg) VO DE 8/8 SE DOR INTENSA				
7	PLAS 10 mg LV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8hs				
9	SINALICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCG 6/6 h				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/OU PAD > 113 MMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI L OU GLICOSE > 70 DM/L, GLICOSE > 30% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

12-14-24-06
 18-06
 14-24-06
 Polim
 S/N
 Curativo

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Admitido para programação cirúrgica

Paciente admitido
 Apoiado com
 Suficiente para cirurgia

Dr. João A. Lopes Aguiar
 ORTOPEDIA

SINAIS VITAIS	PA	P	TA	R
8 H	140/90	93	36	
12 H	130/80	86	36.5	18
14 H	108/74	88	36.3c	19
20 H	140/90	90	36.5	

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA

Coluna 4a B. Joinville, 10/08/15
 106/11a
 08:00h
 Coluna



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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/06/2019	DH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	410-2	DATA 11/06/2019
ITEM	HÓRARIO			
1	DIETA CRAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/6			
6	TRAMAL 100MG - SF 0.8% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PIASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA. 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEO, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO.
CONDUTA: MANTIDA

Carlos Brinquello Roca
Médico
CRM-RR 422

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	ST
6 H	110/80	70		36.5
12 H	130/80	86	20	36.5
18 H	120/70	85	39	36.5
24 H	105/66	92		36.0

07 e 13 h. Medicados + SSVV por s/ queixas no período. Tec

Orlando Gomes do Silveira
Téc. Enfermagem
CRM-RR 422



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA 12/06/2019
ITEM	HORARIO			
1	DELTA OSM. LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 51 CP VO DE 8/8: SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	SSVV + COGG 6/8 H			
10	FISIOTERAPIA OMBRO			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI, 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SLM
ALÍTRAFÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LUTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRII, EUPNEICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA; MANTIDA

Colégio de Médicos: 13/06/19

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	145/89	81	48	36,2
18 H	130/74	80	47	36,5
24 H	113/82	92	48	36,1

4102



Protocolo de Ferimentos de

Protocolo

Versão 08

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 01/2015

Tratamento e Feridas -

Paciente:

Teodoro Bruno

RG: 4405-2

Data: 01/06/19

Local: 4405-2

Localização

Região: MZC



Região:

Grav: I () II ()

Patologia

ULP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
Trauma: Tração Fixador Externo Ferimento
Outro:

ULP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
Trauma: Tração Fixador Externo Ferimento
Outro:

Aparição de

Neoplasia Amarelada/Negra () Escarola () Granulação () Epitelização
Ferida Ferida () Drenos/Sonda () Outros

Neoplasia Amarelada/Negra () Escarola () Granulação () Epitelização
Ferida Ferida () Drenos/Sonda () Outros

Pele Periférica

Normal () Mucosa () Jacea () Eritema / Rubor
Outro:

Normal () Mucosa () Jacea () Eritema / Rubor
Outro:

Tipo de Exatidão

Purulenta () Serosa () Sangüinolenta () Seco
Outro:

Purulenta () Serosa () Sangüinolenta () Seco
Outro:

Composição de

Melhorado () Seco

Melhorado () Úmido () Seco

Exatidão

Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%

Limpeza

Gaze () Colapase/Fibrinase () Solução de Prata () Hidrocol

Gaze () Colapase/Fibrinase () Solução de Prata () Hidrocol

Cobertura

Outro:

Outro:

Tipo

() 2/12

() 4/8/8

() 2/12

() 2/8/4

Procedimento que

realizou

Observações

Teodoro Bruno

Atendimento em
Unidade de Ferimentos
Cirurgia de Ferimentos
Cirurgia de Ferimentos
Cirurgia de Ferimentos
Cirurgia de Ferimentos

410-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MEDICA			

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####		
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO								
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ								
ALERGIAS		HAS		DM2						
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA		
ITEM									HORARIO	
1		DIETA ORAL LIVRE							S.W.	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							mantido	
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							S/N	
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG							S/N	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6							18/05/2019	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 6/8h SE DOR INTENSA							S/N	
7		PLASIL 10mg EV 8/8h (S/N)							S/N	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							S/N	
9		SSVV + CCGG 6/6 H							S/N	
10		FISIOTERAPIA OMBRO							S/N	
12										
14										
15										
16										
17										
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
19										
20										

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BLO, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM BREVISÃO.

CONDUTA; MANTIDA

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1595

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	126x85	70	18	35,6°
18 H	105x66	79	36	35
24 H				

410-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	29	LEITO	410-2	DM2	DATA 14/06/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SIMETICONA 60 CAPS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				
10	FISIOTERAPIA OMBRO				
12					
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO, NORMÓCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
8 H				
12 H	128X93	85	20	35,7°C
18 H	110X71	75	19	35,9°C
24 H	100X65	80	20	36,1°C

Dr. [Assinatura]
[Assinatura]
[Assinatura]

Obs: foto deolphimento sobre leguamea do paciente (quedas, Higien
as mãos) 14/06/2019 ABU



Unidade de Farmácia em

Tratamento de Feridas -

HCR

Protocolo: 1

Versão: 008

Elaborado: 12/2013

Atualizado: 12/2013

Paciente:

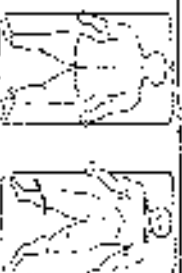
Suelson Castelo Araújo

Leito:

410-2

Data: 14/06/14

Localização:



Região: M.I.D.



Região:

Etiologia:

() Queimadura () Queimadura () DM () Vascular
 () Trauma () Trauma () Trauma () Trauma
 () Outros

() LPP I III IV 7+ () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma () Trauma () Trauma () Trauma
 () Outros

Apresentação:

() Necrose Amarelada/Negra () Estêcio () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Ferida fechada () Outros

() Necrose Amarelada/Negra () Estêcio () Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Ferida fechada () Outros

Pele Perilesional:

() Normal () Macerado () Seca () Bisterna / Rubor
 () Outros

() Normal () Macerado () Seca () Bisterna / Rubor
 () Outros

Tipo de Exudato:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outros

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outros

Quantidade de Exudato:

() Molhado () Úmido () Seco

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de Iodineza:

() Sono Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

() Sono Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura primária:

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Silicose
 () Outros

() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Silicose
 () Outros

Troca:

() 12/12 () Diária () 48/48h

() 12/12 () Diária () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Sonia Póth
 Enfermeira
 CRP 501.175

Luiz Roberto de Jesus
 Enfermeiro
 CRP 501.175

Observações:

Ata de novo curativo
 a ser feito

Assinatura
 CRP 501.175

430-207



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####		
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO								
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ								
ALERGIAS		HAS		DM2						
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA		
ITEM									HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE								
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							S/N	
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG							S/N	
5		DIPIRONA 2ML EV 8/8							32/38 24/06	
6		TRAMAL 100MG - SF 0.9% LV OU 31 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							S/N	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							S/N	
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							S/N	
9		SSVV + CCGG 8/8 H							32/38 24/06	
10		FISIOTERAPIA OMBRO							retirar	
12										
14										
15										
16										
17										
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
19										
20										
21										

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DELTADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS	FC	TA	PA	
6 H	98	36,6	115/91	
12 H	122	36,5	127/86	
18 H				
24 H	120/80	36,6	84	20mg

Dr. Manoel da Glória
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1615 / RQE 164

OGH 100/80 36,4°C 74 20mg

ADM medicação conforme prescrição
afetando sinais vitais, etc. Sinal

Sarah Moraes Catarino
COREN-RR 907.660-76



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	4442200011#
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS				
IDADE	29	HAS	DM2	
LEITO	410-2	DATA	16/06/2019	
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 F/OU PAD> 110 MMHG			
5	DIPIRONA 2ML CV 6/6			
6	TRAMAL 100MG + SI 0.9% EV OUI 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	SSVV + CCBG 6/6 H.			
10	FISIOTERAPIA OMBRO			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
	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, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS		R	T
6 H	122/92	76	36
12 H	133/83	84	36,3°C
18 H	128/81	80	35,9°C
24 H	145/88	88	35,9

Dr. Osirachi Odeh
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPL. 124/RR

410
2

410-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/06/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA
ITEM				HORARIO
1	DILATAÇÃO L VRE			5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			6:00
3	SIMILTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			8:00
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 L/OU PAD > 110 MMHG			8:00
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8			8:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			8:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			8:00
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			8:00
9	SSVV + CCCC 0/6 H			8:00
10	FISIOTERAPIA OMBRO			8:00
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18	SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19	CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20	351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/VL, GLICOSE 50%			
21	40 UI EV + AVISAR PLANTONISTA			
22	251-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/VL, GLICOSE 50%			
23	40 UI EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BUCAL, LOTE, ACIANÓTICO, ANITÉRICO, AFRIL, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANEJA

Paciente pronto.
D. unguem.

Dr. José A. Lopes
CARMAR 560

Dr. Carlos Henrique da Rosa
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 448

SINAIS VITAIS				
6 H	140/90	72	20	36.5
12 H	130/70	86	19	36.2
18 H	120/73	77	20	36.5
24 H	140/91	82	20	36.2

8 de 07/19
Paciente não foi submetido
por falta de material

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 PRESCRIÇÃO MEDICA

12/05/2019

DIH

DN

#####

PAULO ARAUJO

EX 122

HAS

DM2

LEITO

410-2

DATA

18/08/2019

HORARIO

PRESCRIÇÃO

LA-40 COTAS VO DE 8/8 F (S/N)

LAO SE PAS > 160 FICOU PAD > 110 MMHg

LAO

SE 0,8% EV OU 01 CP VO DE 8/8 SE LOR INTENSA

LAO (S/N)

LAO 1 X AO DIA S/N

PRESCRIÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

LAO 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

LAO 351-400: 8UI; 401-450: 10UI; 451-500: 12UI;

LAO 501-550: 14UI; 551-600: 16UI;

LAO 601-650: 18UI; 651-700: 20UI; 701-750: 22UI;

LAO 751-800: 24UI; 801-850: 26UI;

LAO 851-900: 28UI; 901-950: 30UI;

LAO 951-1000: 32UI;

EVOLUÇÃO

#ENCO

A.T.E.V.

#LXN

HIDRA

#PRIV

CONDU

DIH, AD, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM

LAO, ANSIEDOSO, AFERIL, FURNEIRO, NORMOCORADO,

SINUS

145x90 73

118/91 92

113/80 81

115x76 73

35,9°C

36°C

36°C

35,6°C

Dr. Pedro Di Giovanni
 Ortopedia e Traumatologia
 CRÉDITO 1615: RGE 544

410-2



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



DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2		19/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 8/8h S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SF DOR INTENSA							
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 8/6 H							
10		FISIOTERAPIA OMBRO							
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#INCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
#EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, TUMÉFICO, NORMOCURADO, HIDRATADO.
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

SSV ✓ 0.6h
PA 73/61/90
FC 80
T 36.3

	PA	P	R	T
SINAIS VITAIS				
6 H				36.0°C
12 H	115/82	83	19	36.0°C
18 H	131/81	76	18	36.2°C
24 H	130/80	82	18	36.4°C

Dr. Marcos Aguiar
Med:co
CRM 1644

410-2



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



DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		#####	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA 20/06/2019	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 113 MMMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 8/8h S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 6/6 H							
10		FISIO TERAPIA OMERO							
12									
14									
16									
18									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
19									
20									

SNP
manter
SN
Botina
curativo

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTÉ, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H	120/80	65	36
12 H	126/86	77	36
18 H	121/83	78	36
24 H	140/80	93	35,2

Dr. Edineide Oliveira
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 145000

210-2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019	DIH	DN	#####42

PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ			
ALÉRGICAS		HAS		DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA	21/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				monit
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				
5	DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/6h S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				2h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
9	SSV + CCGG 8/8 H				
10	FISIOTERAPIA OMBRO				
12					
14					
16					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H				
12 H	120/85	83	18	35,5°C
18 H	140/80	93	18	35,8°C
24 H	120x87	76	16	36,2°C
06	100x72	68	18	35,5°C

Dr.  Edmar Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 1126/NR

18:00 - #
 clades de
 1. recado AUP; verificado SSV; segue aos cui-
 profmagem; Aux Amc - Loure! 705052

410.2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DIH	DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO			
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ			
ALERGIAS		HAS	PM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA 22/06/2019
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 F/OU PAD> 110 MMHG			
5	DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/6h S/N			
6	TRAMAL 100MG + SF 3.9% EV OU C1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			
9	SSVV + CCGG 5/6 H			
10	FISIOTERAPIA OMBRO			
12				
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PO	P	T	R
6 H	100/41	70	35,2°C	sem relógio
12 H	110/72	87	36°C	19
18 H	117/46	76	36,2°C	18
24 H	117/40	75	35,7°C	sem relógio

Dr. Odimar de Oliveira
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 16151 RGE 504

7 as 19 h aferido SSVV
13.00 vs 07.00
aferido pulso 300

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 16151 RGE 504



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		23/06/2019	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALÉRGICAS		HAS		DM2		23/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG							
5		DIPYRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/8 H S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8 H SE DOR INTENSA							
7		PLASII. 10 mg EV 8/8 H (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSVV + CCGG 6/6 H							
10		FISIOTERAPIA OMBRO							
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)							
19		CONI ORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;							
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%							
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%							
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	12H	18H	24H
6 H	120/70	77	18
12 H	100/60	70	18
18 H	100/60	70	18
24 H	118/73	82	20

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RR 1993

12:00 Paciente loto, refere algia leve em HTO, orientado que vai com de piora, comunicou, verificando SSVV, SCL PA: 110/65 e saturação 94% - fev - 2019 - 23/06/2019

Tala

410-2

410-2

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

DATA DE ADMISSÃO	DIE		DN	
PACIENTE	JOELSON CARLOS ARAUJO			
ACNÓSTIC	L2 ONPA - P. T.M.			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DMZ	VEDA
IDADE	73	LEITO	410-2	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SF 0.9% 500ML EV SIN			
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H			
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			
7	MILBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
8	SIMILTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN			
10	CLINDAMICINA 900MG EV OU VO 6/6H			
11	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCOG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15	FF			
16				
17				
18				
19				
20				
21				

HORÁRIO

5 MS.
MOMIN
10/11/12
03.

11/12/06

1/1/11

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SOL) CONFORME - SOLU
200-250 200 250 300 400 500 600 700 800 900 1000 1100 1200 1300 1400 1500 1600 1700 1800 1900 2000 2100 2200 2300 2400 2500 2600 2700 2800 2900 3000 3100 3200 3300 3400 3500 3600 3700 3800 3900 4000 4100 4200 4300 4400 4500 4600 4700 4800 4900 5000 5100 5200 5300 5400 5500 5600 5700 5800 5900 6000 6100 6200 6300 6400 6500 6600 6700 6800 6900 7000 7100 7200 7300 7400 7500 7600 7700 7800 7900 8000 8100 8200 8300 8400 8500 8600 8700 8800 8900 9000 9100 9200 9300 9400 9500 9600 9700 9800 9900 10000 10100 10200 10300 10400 10500 10600 10700 10800 10900 11000 11100 11200 11300 11400 11500 11600 11700 11800 11900 12000 12100 12200 12300 12400 12500 12600 12700 12800 12900 13000 13100 13200 13300 13400 13500 13600 13700 13800 13900 14000 14100 14200 14300 14400 14500 14600 14700 14800 14900 15000 15100 15200 15300 15400 15500 15600 15700 15800 15900 16000 16100 16200 16300 16400 16500 16600 16700 16800 16900 17000 17100 17200 17300 17400 17500 17600 17700 17800 17900 18000 18100 18200 18300 18400 18500 18600 18700 18800 18900 19000 19100 19200 19300 19400 19500 19600 19700 19800 19900 20000 20100 20200 20300 20400 20500 20600 20700 20800 20900 21000 21100 21200 21300 21400 21500 21600 21700 21800 21900 22000 22100 22200 22300 22400 22500 22600 22700 22800 22900 23000 23100 23200 23300 23400 23500 23600 23700 23800 23900 24000 24100 24200 24300 24400 24500 24600 24700 24800 24900 25000 25100 25200 25300 25400 25500 25600 25700 25800 25900 26000 26100 26200 26300 26400 26500 26600 26700 26800 26900 27000 27100 27200 27300 27400 27500 27600 27700 27800 27900 28000 28100 28200 28300 28400 28500 28600 28700 28800 28900 29000 29100 29200 29300 29400 29500 29600 29700 29800 29900 30000 30100 30200 30300 30400 30500 30600 30700 30800 30900 31000 31100 31200 31300 31400 31500 31600 31700 31800 31900 32000 32100 32200 32300 32400 32500 32600 32700 32800 32900 33000 33100 33200 33300 33400 33500 33600 33700 33800 33900 34000 34100 34200 34300 34400 34500 34600 34700 34800 34900 35000 35100 35200 35300 35400 35500 35600 35700 35800 35900 36000 36100 36200 36300 36400 36500 36600 36700 36800 36900 37000 37100 37200 37300 37400 37500 37600 37700 37800 37900 38000 38100 38200 38300 38400 38500 38600 38700 38800 38900 39000 39100 39200 39300 39400 39500 39600 39700 39800 39900 40000 40100 40200 40300 40400 40500 40600 40700 40800 40900 41000 41100 41200 41300 41400 41500 41600 41700 41800 41900 42000 42100 42200 42300 42400 42500 42600 42700 42800 42900 43000 43100 43200 43300 43400 43500 43600 43700 43800 43900 44000 44100 44200 44300 44400 44500 44600 44700 44800 44900 45000 45100 45200 45300 45400 45500 45600 45700 45800 45900 46000 46100 46200 46300 46400 46500 46600 46700 46800 46900 47000 47100 47200 47300 47400 47500 47600 47700 47800 47900 48000 48100 48200 48300 48400 48500 48600 48700 48800 48900 49000 49100 49200 49300 49400 49500 49600 49700 49800 49900 50000 50100 50200 50300 50400 50500 50600 50700 50800 50900 51000 51100 51200 51300 51400 51500 51600 51700 51800 51900 52000 52100 52200 52300 52400 52500 52600 52700 52800 52900 53000 53100 53200 53300 53400 53500 53600 53700 53800 53900 54000 54100 54200 54300 54400 54500 54600 54700 54800 54900 55000 55100 55200 55300 55400 55500 55600 55700 55800 55900 56000 56100 56200 56300 56400 56500 56600 56700 56800 56900 57000 57100 57200 57300 57400 57500 57600 57700 57800 57900 58000 58100 58200 58300 58400 58500 58600 58700 58800 58900 59000 59100 59200 59300 59400 59500 59600 59700 59800 59900 60000 60100 60200 60300 60400 60500 60600 60700 60800 60900 61000 61100 61200 61300 61400 61500 61600 61700 61800 61900 62000 62100 62200 62300 62400 62500 62600 62700 62800 62900 63000 63100 63200 63300 63400 63500 63600 63700 63800 63900 64000 64100 64200 64300 64400 64500 64600 64700 64800 64900 65000 65100 65200 65300 65400 65500 65600 65700 65800 65900 66000 66100 66200 66300 66400 66500 66600 66700 66800 66900 67000 67100 67200 67300 67400 67500 67600 67700 67800 67900 68000 68100 68200 68300 68400 68500 68600 68700 68800 68900 69000 69100 69200 69300 69400 69500 69600 69700 69800 69900 70000 70100 70200 70300 70400 70500 70600 70700 70800 70900 71000 71100 71200 71300 71400 71500 71600 71700 71800 71900 72000 72100 72200 72300 72400 72500 72600 72700 72800 72900 73000 73100 73200 73300 73400 73500 73600 73700 73800 73900 74000 74100 74200 74300 74400 74500 74600 74700 74800 74900 75000 75100 75200 75300 75400 75500 75600 75700 75800 75900 76000 76100 76200 76300 76400 76500 76600 76700 76800 76900 77000 77100 77200 77300 77400 77500 77600 77700 77800 77900 78000 78100 78200 78300 78400 78500 78600 78700 78800 78900 79000 79100 79200 79300 79400 79500 79600 79700 79800 79900 80000 80100 80200 80300 80400 80500 80600 80700 80800 80900 81000 81100 81200 81300 81400 81500 81600 81700 81800 81900 82000 82100 82200 82300 82400 82500 82600 82700 82800 82900 83000 83100 83200 83300 83400 83500 83600 83700 83800 83900 84000 84100 84200 84300 84400 84500 84600 84700 84800 84900 85000 85100 85200 85300 85400 85500 85600 85700 85800 85900 86000 86100 86200 86300 86400 86500 86600 86700 86800 86900 87000 87100 87200 87300 87400 87500 87600 87700 87800 87900 88000 88100 88200 88300 88400 88500 88600 88700 88800 88900 89000 89100 89200 89300 89400 89500 89600 89700 89800 89900 90000 90100 90200 90300 90400 90500 90600 90700 90800 90900 91000 91100 91200 91300 91400 91500 91600 91700 91800 91900 92000 92100 92200 92300 92400 92500 92600 92700 92800 92900 93000 93100 93200 93300 93400 93500 93600 93700 93800 93900 94000 94100 94200 94300 94400 94500 94600 94700 94800 94900 95000 95100 95200 95300 95400 95500 95600 95700 95800 95900 96000 96100 96200 96300 96400 96500 96600 96700 96800 96900 97000 97100 97200 97300 97400 97500 97600 97700 97800 97900 98000 98100 98200 98300 98400 98500 98600 98700 98800 98900 99000 99100 99200 99300 99400 99500 99600 99700 99800 99900 100000 100100 100200 100300 100400 100500 100600 100700 100800 100900 101000 101100 101200 101300 101400 101500 101600 101700 101800 101900 102000 102100 102200 102300 102400 102500 102600 102700 102800 102900 103000 103100 103200 103300 103400 103500 103600 103700 103800 103900 104000 104100 104200 104300 104400 104500 104600 104700 104800 104900 105000 105100 105200 105300 105400 105500 105600 105700 105800 105900 106000 106100 106200 106300 106400 106500 106600 106700 106800 106900 107000 107100 107200 107300 107400 107500 107600 107700 107800 107900 108000 108100 108200 108300 108400 108500 108600 108700 108800 108900 109000 109100 109200 109300 109400 109500 109600 109700 109800 109900 110000 110100 110200 110300 110400 110500 110600 110700 110800 110900 111000 111100 111200 111300 111400 111500 111600 111700 111800 111900 112000 112100 112200 112300 112400 112500 112600 112700 112800 112900 113000 113100 113200 113300 113400 113500 113600 113700 113800 113900 114000 114100 114200 114300 114400 114500 114600 114700 114800 114900 115000 115100 115200 115300 115400 115500 115600 115700 115800 115900 116000 116100 116200 116300 116400 116500 116600 116700 116800 116900 117000 117100 117200 117300 117400 117500 117600 117700 117800 117900 118000 118100 118200 118300 118400 118500 118600 118700 118800 118900 119000 119100 119200 119300 119400 119500 119600 119700 119800 119900 120000 120100 120200 120300 120400 120500 120600 120700 120800 120900 121000 121100 121200 121300 121400 121500 121600 121700 121800 121900 122000 122100 122200 122300 122400 122500 122600 122700 122800 122900 123000 123100 123200 123300 123400 123500 123600 123700 123800 123900 124000 124100 124200 124300 124400 124500 124600 124700 124800 124900 125000 125100 125200 125300 125400 125500 125600 125700 125800 125900 126000 126100 126200 126300 126400 126500 126600 126700 126800 126900 127000 127100 127200 127300 127400 127500 127600 127700 127800 127900 128000 128100 128200 128300 128400 128500 128600 128700 128800 128900 129000 129100 129200 129300 129400 129500 129600 129700 129800 129900 130000 130100 130200 130300 130400 130500 130600 130700 130800 130900 131000 131100 131200 131300 131400 131500 131600 131700 131800 131900 132000 132100 132200 132300 132400 132500 132600 132700 132800 132900 133000 133100 133200 133300 133400 133500 133600 133700 133800 133900 134000 134100 134200 134300 134400 134500 134600 134700 134800 134900 135000 135100 135200 135300 135400 135500 135600 135700 135800 135900 136000 136100 136200 136300 136400 136500 136600 136700 136800 136900 137000 137100 137200 137300 137400 137500 137600 137700 137800 137900 138000 138100 138200 138300 138400 138500 138600 138700 138800 138900 139000 139100 139200 139300 139400 139500 139600 139700 139800 139900 140000 140100 140200 140300 140400 140500 140600 140700 140800 140900 141000 141100 141200 141300 141400 141500 141600 141700 141800 141900 142000 142100 142200 142300 142400 142500 142600 142700 142800 142900 143000 143100 143200 143300 143400 143500 143600 143700 143800 143900 144000 144100 144200 144300 144400 144500 144600 144700 144800 144900 145000 145100 145200 145300 145400 145500 145600 145700 145800 145900 146000 146100 146200 146300 146400 146500 146600 146700 146800 146900 147000 147100 147200 147300 147400 147500 147600 147700 147800 147900 148000 148100 148200 148300 148400 148500 148600 148700 148800 148900 149000 149100 149200 149300 149400 149500 149600 149700 149800 149900 150000 150100 150200 150300 150400 150500 150600 150700 150800 150900 151000 151100 151200 151300 151400 151500 151600 151700 151800 151900 152000 152100 152200 152300 152400 152500 152600 152700 152800 152900 153000 153100 153200 153300 153400 153500 153600 153700 153800 153900 154000 154100 154200 154300 154400 154500 154600 154700 154800 154900 155000 155100 155200 155300 155400 155500 155600 155700 155800 155900 156000 156100 156200 156300 156400 156500 156600 156700 156800 156900 157000 157100 157200 157300 157400 157500 157600 157700 157800 157900 158000 158100 158200 158300 158400 158500 158600 158700 158800 158900 159000 159100 159200 159300 159400 159500 159600 159700 159800 159900 160000 160100 160200 160300 160400 160500 160600 160700 160800 160900 161000 161100 161200 161300 161400 161500 161600 161700 161800 161900 162000 162100 162200 162300 162400 162500 162600 162700 162800 162900 163000 163100 163200 163300 163400 163500 163600 163700 163800 163900 164000 164100 164200 164300 164400 164500 164600 164700 164800 164900 165000 165100 165200 165300 165400 165500 165600 165700 165800 165900 166000 166100 166200 166300 166400 166500 166600 166700 166800 166900 167000 167100 167200 167300 167400 167500 167600 167700 167800 167900 168000 168100 168200 168300 168400 168500 168600 168700 168800 168900 169000 169100 169200 169300 169400 169500 169600 169700 169800 169900 170000 170100 170200 170300 170400 170500 170600 170700 170800 170900 171000 171100 171200 171300 171400 171500 171600 171700 171800 171900 172000 172100 172200 172300 172400

cont.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA
BLOCOS E PAAR



Nome: Jackson C. Araújo
Idade: 21 A Sexo: M (☐) F (☒) Leito: 410-2 Diagnóstico: lux ombro @ 9
redução imediata + fis T A Z @

06:14
TARDE

~~MANHA~~

Paciente no leito, está de alguias afi-
cas, a partir das 06:14, em AA, eu e
co, a água, a insuflação, a redução, a fisioterapia
no @ e T A Z @, mantendo a fisioterapia
na @ e orientação.

Professora



25:19

TARDE

~~MANHA~~

Paciente no leito, está de alguias afi-
cas, a partir das 25:19, em AA, eu e
co, a água, a insuflação, a redução, a fisioterapia
no @ e orientação.

Professora



26:15

TARDE

~~MANHA~~

Paciente no leito, a redução, a insuflação, a orientação,
a partir das 26:15, em AA, eu e
co, a água, a insuflação, a redução, a fisioterapia
no @ e orientação.

Professora



27:30

TARDE

~~MANHA~~

Paciente no leito, a redução, a insuflação, a orientação,
a partir das 27:30, em AA, eu e
co, a água, a insuflação, a redução, a fisioterapia
no @ e orientação.

Professora



42 410-2

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019		DIH		DN		####4267#	
PACIENTE		JOELSON CASTELO ARAUJO							
DIAGNÓSTICO		LX OMBRO + FX TNZ							
ALERGIAS		HAS		DM2		25/06/2019			
IDADE		29		LEITO		410-2		DATA	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							
4		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 180 E/OU PAD> 110 MMHG							
5		DIPIRONA 2ML EV OU 500MG VO 6/8h S/N							
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DL 8/8h SC DOR INTENSA							
7		PLASIL 10 mg EV 6/8h (S/N)							
8		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
9		SSV - COGO 6/8 H							
10		FISIOTERAPIA MOTORA OMBRO							
12									
14									
15									
16									
17									
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (GO), 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 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
19									
20									

5:30
manhã

SIV

S. G. G.
LMD

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALIFRAÇÕES
 * EXAME FÍSICO: BEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 * PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	102/72	92	18	36,4
18 H	99/66	79	19	35,9
24 H	124/78	80	18	36,7
6h	117/79	75	16	35,7

pedro Di Giovanni
 médico ortopedista
 CRM 10181 ROR-PA



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



DATA DE ADMISSÃO	12/05/2019	DJH		DN	#####
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA	26/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				M-amb
3	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OJ PAD > 110 MMHG				
5	DIPIRONA 2ML FV OU 500MG VO 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% FV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
9	SSVV + CCGG 8/8 H				M-amb
10	FISIOTERAPIA MOTORA OMBRO				M-amb
12					
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: BEM-ESTAR NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUITA: MANTIDA

6 H	122 x 95	93	19	36,5°C
SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	120 x 80	87	20	36,3°C
18 H	118 x 81	87	36,1°C	
24 H	132 x 82	79	18	36,4°C

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM-RR 1204



BOLETIM OPERATÓRIO

Joelson Castêlo Aguiar

De: 27.06.14

Os: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura Lúbrica - fêmur do direito

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Redução cirúrgica + osteossíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:

O - 4/12

CIRURGIÃO:

Dr. Lemos

1º AUXILIAR:

Dr. C. Lima

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

RAPI

ANESTESIAS US:

Ora. Indiv.

ANESTÉSICO:

LOCAL:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente consciente

- Alergia, antiémbio

- Campos estéreis

- Incisão lateral, direita na região
 da fíbula, acima e abaixo da placa
 1/3 com 2/3 furo + 2/3 pontos e pontos
 e 2/3 pontos com pontos

- Incisão redonda, direita na região
 da fíbula e pontos com 45° -
 + corral

- Sutura, comite

Dr. João A. Lopes Aguiar
 CRM 363



INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA EPIDEMIOLÓGICA
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

CARTILLA DE REGISTRO

Tipo de registro:

OTROS DE FROT DE TORMENTO (LD)

Fecha: 27.06.2019

Por: (Firma)

Nombre: JAILSON ANTONIO ORRICO

Edad: 410 años 2

Color: Pequenos fragmentos

En blanco: Bahia e Rafaela

Contenido (Examen):

Material Utilizado:

Placa TERCO DE CASO 8 FURIA 1

Perifoneos entrecut 35 : 56

11 Esporjoso 3.5 16 187

Arroja 1

~~Dr. Juan Carlos...~~
Firma

1. Vía - PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

2. Vía - OXÍGENO



410-2



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		12/05/2019	DIH	DN	47444244
PACIENTE	JOELSON CASTELO ARAUJO				
DIAGNÓSTICO	LX OMBRO + FX TNZ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	29	LEITO	410-2	DATA	27/06/2019
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/S
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SIMETICONA 40 COTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
4	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 116 MMHG				
5	DIPIRONA 2ML LV OU 500MG VO 8/8h S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.5% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg LV 8/8h (S/N)				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
9	SSVV + CCGG 6/6 h				manhã
10	FISIOTERAPIA MOTORA OMBRO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 250-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BFG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICÍTRICO, ASEBRIL, PULNFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Odinachi Okeni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 134119

JOSEPHINE ELLIOTT
1897-1960



GILSON CASTILLO ARAUJO
HOSPITAL CORONEL MOTA

7635

15/07/2010

Wladimir

20.0.56

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Polegar Direito



Assinatura do Titular

Joelson Castelo Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 272754

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/08/2019

NOME JOELSON CASTELO ARAÚJO

FILIAÇÃO JOSÉ DA SILVA ARAÚJO
GRACINHA MACIEL CASTELO

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 77591 FLS 066 LIV A-113

BOA VISTA-RR

001.699.372-16

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Petrus Perpetuus de A. 1984-2007
Diretor do IGC

DATA DE NASCIMENTO 04/06/1989

LEI Nº 7.116 DE 28/08/03

P1

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

Amir D. Guedes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 30/01/2017

NOME
TELVA SANTIAGO GUEDES

RELACÃO
EDMILSON JOSÉ SANTIAGO
TEREZINHA SILVA SANTIAGO

NATURALIDADE
SANTARÉM - PA 18/11/1970

DOC. ORIGEM
CERTO CAS 353 FLS 153 LIV B 02
SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA - AM

CPF
739.248.066-91

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Psiquiátrico da Polícia Civil
Diretor do IGC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

564743

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437416/19

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF: 001.699.372-16

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTELO
ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOELSON CASTELO ARAUJO : 001.699.372-16

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: 06/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190682532 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO-OMBRO/PLACA E PARAFUSOS-TORNOZELO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3-5.37-41_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190682532 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO **Data do acidente:** 02/06/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO-OMBRO/PLACA E PARAFUSOS-TORNOZELO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO E MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.3-5.37-41_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOELSON CASTELO ARAUJO, Brasileiro, solteiro, autônomo, portador (a) do RG nº 272754 SSP/RR e inscrito no CPF: nº 001.699.372-16, residente na AV: Ville Roy, Nº 7144- 1 - Bairro: São Vicente, CEP: 69.303-445, nesta Capital. Tel.: (95) 99963-7857/ 99903-7826.

VITIMA: JOELSON CASTELO ARAUJO, CPF Nº 001.699.372-16, **DATA DO SINISTRO:** 02/06/2019.

NATUREZA: INVALIDEZ

OUTORGADA: TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, cujo endereço é na AV: Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT por INVALIDEZ a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, 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 e Federais, ou Órgão privado, 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, 19 de novembro de 2019.

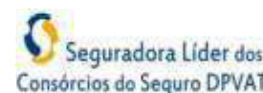
CARTÓRIO
LOUREIRO

JOELSON CASTELO ARAUJO

CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO	
TABELÃO E REGISTRADOR		TABELÃO E REGISTRADOR	
C/ VILLE ROY Nº 5036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (95) 3634-6097 - ATENDIMENTO: CARTORIOLOUREIRO.COM.BR			
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)			
[Assinatura] - JOELSON CASTELO ARAUJO			
ABL. Em testemunho da verdade. Boa Vista, 28/11/2019			
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10, Imp. Sel. 5%			
Selo: REC FIR 15834520H4FKTZPU2KY217 Nº Ticket: 00268			
Consulte seu selo: https://cidadao.portalselorr.com.br			
CPF Solicitante: 00169937216			

Assinatura: André Sabino
Escritor Autorizado
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437416/19

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF: 001.699.372-16

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 02/06/2019

Titular do CPF: JOELSON CASTELO ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TELVA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

JOELSON CASTELO ARAUJO : 001.699.372-16

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: 06/12/2019
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES
CPF: 739.248.066-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

TELVA SANTIAGO GUEDES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190682532

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELSON CASTELO ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190682532

Vítima: JOELSON CASTELO ARAUJO

Data do Acidente: 02/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOELSON CASTELO ARAUJO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOELSON CASTELO ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **341**

Agência: **000001352**

Conta: **0000051443-2**

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,



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: 003.699.372-16 4 - Nome completo da vítima: JOELSON CASTELO ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

 5 - Nome completo: JOELSON CASTELO ARAÚJO 6 - CPF: 003.699.372-16
 7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: AV. VILLE ROY 9 - Número: 7144 10 - Complemento: APT 1
 11 - Bairro: SÃO VICENTE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.303-445
 15 - E-mail: confiancacas@hotmai.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)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 1352 CONTA: 51443 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
 Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 resíduo (herança)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 26 de novembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)