

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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

IRLANE DA SILVA CARDOSO inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.079.363, 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IRLANE DA SILVA CARDOSO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.079.363, 78, 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>confiancaast@hotmail.com</u> | CEP: <u>69.304-050</u>   | Tel.(DDD): <u>(95) 98118-1200</u> |

Local e Data: Boa Vista - RR, 18 de dezembro de 2019.

Lucia B. Guedes  
Assinatura do Declarante



1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

Visto UVE  
ATG

|   |  |                                    |  |                 |                 |
|---|--|------------------------------------|--|-----------------|-----------------|
| 1901164431  | 21/09/2019 07:31:49  | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA |  | DIURNO 07-19    | 2               |
| Paciente  | Data Nascimento  | Idade                              | CNS  | CPF             | Prontuário      |
| IRLANE DA SILVA CARDOSO                               | 18/05/1992   | 27 A 4 M 3 D                       |  |                 |                 |
| Tipo Doc  | Documento  | Órgão Emissor                      | Data Emissão   | Sexo            | Estado Civil    |
| IDENTIDADE  |  |                                    |  | F               | CASADO(A) PARDA |
| Mãe   |  |                                    |  |                 | BOA VISTA - RR  |
| ELIENE DA SILVA CARDOSO                               |  |                                    |  |                 | BRASILEIRA      |
| Endereço  |  |                                    |  | Contato         |                 |
| RUA - IMPERATRIZ - 730 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR |  |                                    |  | (95) 99152-8074 |                 |
|   |  |                                    |  | Ocupação        |                 |
|   |  |                                    |  | CAIXA           |                 |
| Class. de Risco                                       | Plano Convênio   | Nº da Carteira                     | Validade   | Autorização     | Sis Prenatal    |
|   | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE   |                                    |  |                 |                 |
| Motivo do Atendimento                                 | Caráter do Atendimento   | Profissional do Atend.             | Procedência  | Temp.           | Peso            |
| ACIDENTE DE MOTO                                      | URGÊNCIA   |                                    |  |                 | Pressão         |
| Setor   | Tipo de Chegada  | Procedimento Sol.                  |  |                 | Registrado por: |
| GRANDE TRAUMA   | SAMU CAPITAL   |                                    |  |                 | DAL             |
| Queixa Principal                                      | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue   |                                    |  |                 |                 |
| Anamnese de Enfermagem                                | GSC TOTAL<br>AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6  |                                    |  |                 |                 |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)                 |  |                                    |  |                 |                 |
| Exame Físico  | Paciente com Húlor e Ases de<br>nariz, com lacrima, catado na face lateral do<br>busto @. Exame em anexo / anexo.  |                                    |  |                 |                 |
| Hipótese Diagnóstica                                  | Av. 7 mm. U6 = (5)   |                                    |  |                 |                 |
| SADT - Exames Complementares                          | RAIO-X <input checked="" type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: _____  |                                    |  |                 |                 |
| PRESCRIÇÃO  | APRAZAMENTO  | OBSERVAÇÃO                         |  |                 |                 |
| ① Difenidramina 1g @ dil. feito 08:20h                |  |                                    |  |                 |                 |
| ② Clonitazina 2mg 7 @ feito 09:15h                    |  |                                    |  |                 |                 |
| ③ Clonitazina 600 mg feito 08:20h                     |  |                                    |  |                 |                 |
| S/O 21. 1000 mg 6 @                                   |  |                                    |  |                 |                 |
| Marcos Brunner<br>Médico<br>CRM-RR 1917               |  |                                    | Dr. Claudio Linhares<br>Cirurgião Geral<br>CRM-RR 1417 |                 |                 |
| Conduta   | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação<br><input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ |                                    |  |                 |                 |
| óbito   | Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____   |                                    |  |                 |                 |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal  
Data Hora: 21/09/2019 07:33:09



1901164431

© 2019  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS  
Versão 1.0.0 - 11/2018





SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RES.

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BA)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES E DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PRESELAÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0408050497  
5878  
V299





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21, 9, 19

O.S. \_\_\_\_\_

Isone de plu  
laudoro

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

ASSINO ADMINISTRATIVA  
MAYAL PAIS NA PARTICIPAR

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM 12437 RQE: 550

RELATÓRIO CIRURGICO

- ①. Ret em DDH 66 para amputar
- ②. amputar + anti-séptico + calças
- ③. Lave e desinfete a pele
- ④. Coloque o fuso de Esterno
- em + N2E para controle de
- dores
- ⑤. Fuso curativo
- ⑥. PP44

Pelo Cardeal Estanislau Jurek  
Macedo CRM 1408





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

# FICHA DE ANESTESIA

Irlane da Silva. Cardoso.

22a.

21/05/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 008 ALBACIN  
Nº 008 MAP.

PERMANE 50 mg.

|                  |      |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
|------------------|------|-----|-----|----|----|-----|----|-----|----|-----|----|-----|----|
| AGENTES          | N 20 | 15  | 30  | 45 | 15 | 30  | 45 | 15  | 30 | 45  | 15 | 30  | 45 |
|                  | 02   | X   |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| LIQUIDOS VENOSOS | A    | M   | SF  |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
|                  | U    | S   | 300 |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| DA               | °C   | 240 | 92  | 99 | 99 | 100 | 99 | 100 | 99 | 100 | 99 | 100 | 99 |
| X                | 38   | 220 |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| ULSO             | 36   | 200 |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| ANES             | 34   | 180 |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| X                | 32   | 160 |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| OP               | 30   | 140 |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| O                | 120  |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| TEMP             | 100  |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| ASPIR.           | 80   |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| A                | 60   |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| RESP             | 40   |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| O                | 20   |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| Export           |      |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| Assist           |      |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| Contro           |      |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |
| SÍMBOLOS         |      |     |     |    |    |     |    |     |    |     |    |     |    |

|                     |  |                               |                                    |
|---------------------|--|-------------------------------|------------------------------------|
| AGENTES             | DOSES                                    | TÉCNICA                       | ANOTAÇÕES                          |
| A FMT               | 50 mg                                    | ANESTESIA PARANETICA          | X - CHHK LIST ANIST. OK.           |
| B BUPR. HIPERB. 95% | 15                                       | C. TENEIRA ASPIR. 6-6         | MONITOR: SpO2, F, PA, NI, FIC.     |
| C                   |  | CI. 266 de Quimik.            | ① AUP ② Requir. BUPRAC. Hiperb. 15 |
| D                   |  | Ventilando espontâneo         |                                    |
| E                   |  | O. Suplantar.                 |                                    |
| F                   |  |                               |                                    |
| G                   |  |                               |                                    |
| GLICOSE             | LIQUIDOS                                 | Cânula - Naso / Oro Faríngea  |                                    |
| NDCO                |  | Naso / Orotraqueal - Cega     |                                    |
| SANGUE              |  | Bal - Tamp - Calibre do Tórax |                                    |
|                     |  | Sob Máscara                   |                                    |
|                     |  | Dificuldade Técnica           |                                    |
|                     |  | TEMPO DE ANESTESIA            |                                    |
| TOTAL               | 1500-2                                   | 1.45h.                        | ④ Alt. PISAPA                      |
| OPERAÇÃO            | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRACTURA FEMORAL |                               |                                    |
| TORNOQUE            | ①  |                               |                                    |
| ANESTESIA           | CÓDIGO                                   | CIRURGIÃO                     | PERDA SANGÜINEA                    |
| DR Michel           |  | DR Chelmar                    | Minim 1/3 pericula.                |

Ry Bruno

Michel M. Moura  
Médico Anestesiologista  
CRM - PA/1106





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                         |      |              |                  |              |
|-------------------------|------|--------------|------------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE        | 2ª a | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA         |
| Glória da Silva Cardoso | CT   |              |                  | 21 / 08 / 19 |

|  |  |                  |       |
|--|--|------------------|-------|
| CIRURGIA                                 |  | TEMPO DE DURAÇÃO |       |
| TIPO                                     |  | INICIO           | FIM   |
| TT: craniotomia ext de TNE (C) e fixador |  | 11:11            | 12:30 |

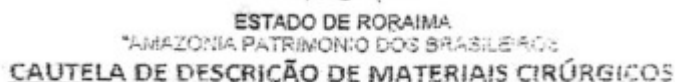
|             |          |                 |                              |
|-------------|----------|-----------------|------------------------------|
| CIRURGIÃO   | 2º Pablo | ANESTESISTA:    | Dr Michel                    |
| 1º AUXILIAR |          | RES. ANESTESIA: | Dr B. Manuel / Dr Bruno (R2) |
| 2º AUXILIAR |          | INSTRUMENTADOR  |                              |

|                          |                         |
|--------------------------|-------------------------|
| TIPO DE ANESTESIA: raqui | EQUIPE MÉDICA           |
|                          | CIRCULANTE              |
|                          | Roumunda / Elizangela G |

| QUANT. | MATERIAIS                   | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS                    | VALOR |
|--------|-----------------------------|-------|--------|---------------------------------|-------|
| 1      | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |       | 1000   | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml |       |
| 1      | PACOTES GAZE                |       |        | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO    |       |
| 1      | LUVA ESTERIL 7.0            |       |        | FRASCOS- SORO GLICOSADO         |       |
| 1      | LUVA ESTERIL 7.5            |       |        | FIO VICRYL Nº                   |       |
| 1      | LUVA ESTERIL 8.0            |       | 1      | FIO MONONYLON Nº 2.0            |       |
| 1      | LUVA ESTERIL 8.5            |       |        | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº       |       |
| 1      | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (40) |       |        | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº       |       |
| 1      | LÂMINA BISTURI Nº 30        |       |        | FIO CATGUT SIMPLES Nº           |       |
|        | DRENO DE SUÇÃO Nº           |       |        | FIO CATGUT CROMADO Nº           |       |
|        | DRENO DE TORAX Nº           |       |        | FIO PROLENE Nº                  |       |
|        | DRENO DE PENROSE Nº         |       |        | FIO SEDA Nº                     |       |
|        | SERINGA 01ML                |       |        | SURGICEL                        |       |
|        | SERINGA 03ML                |       | 50     | CERA P/ OSSO Alcol 40g          |       |
| 1      | SERINGA 05 ML               |       | 50     | KIT CATARATA Nº NPI topi        |       |
| 1      | SERINGA 10ML                |       |        | GEOFOAM agulha 26 g/10g         |       |
| 1      | SERINGA 20ML                |       | 1      | FITA CARDIACA Catena p/ 02      |       |
|        |                             |       | 1      | OUTROS: elutidos                |       |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR |
|---|--------------------|----------------------------|-------|
| INSTRUMENTADOR(A)   | ENFERMEIRA CHEFE   | MATERIAL MEDICAMENTOS      |       |
|   | Sullent            | SUB- TOTAL                 |       |
|   | Bruka              | TAXA DE SALA               |       |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS  | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE ANESTESIA          |       |
|   |                    | SOMA                       |       |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE!  |                    |                            |       |





### Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Roberto Lourenço 1º-AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: F. G. M. H.

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 66 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx95) 2121-0837  
E-mail: [adm.mh@igmail.com](mailto:adm.mh@igmail.com)



Data:  $\frac{21}{29} / \frac{19}{29}$

Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ~~( )~~ Não

[illegible]



ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Idone da Silva Cardoso

Idade: 26 anos

Local: Sala Pré-Anestésica

Paciente: CONFIANTE

☒ Identificação

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

☒ Consentimento

☒ Risco Cirúrgico

☒ Aplicação

☒ Sítio DDM: RATO

☒ Sim ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

☒ CONCLUI

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM

☒ FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

☒ ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Quant: NECOU

☒ ALERGIA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

☒ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

☒ RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☒ Sim, e ac: uso adequado e planejamento

☒ Para fluidos

R2 Bruno

21.03.19

Assinatura

11:00h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Michel / Dr. Bruna

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno

Dr. Bruno



MACA 7  
MACA 09-D

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |  |      |                       |
|--------------------------------------|--|------|-----------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |  |      |                       |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  |      |                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |  |      |                       |
| DATA DE ADMISSÃO                     | DIH  | DN   |                       |
| PACIENTE <i>Jaime de Almeida</i>     |  |      |                       |
| AGNOSTIC <i>H/O trauma</i>           |  |      |                       |
| ALERGIAS <i>neg.</i>                 |  |      |                       |
| IDADE                                | HAS  | NEGA | DM2                   |
| LEITO                                | Maca 7   |      | DATA                  |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO   |      | HORÁRIO               |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE   |      | SND                   |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 |      |                       |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV <i>6/8 h</i>                            |      | <i>12 18 24 06 10</i> |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                   |      | <i>16 22 04 10</i>    |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |      | <i>06</i>             |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      | <i>16 24 08</i>       |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      | <i>16 24 08</i>       |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |      | <i>16 24 08</i>       |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |      | <i>16 24 08</i>       |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H                         |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 11                                   | CIPROFLOXACINA 500MG EV OU 500MG VO 12/12H               |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG      |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/8 H  |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO  |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 15                                   | <i>Clonazepam 0,5 mg 1x ao dia</i>                       |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 16                                   | <i>gabapentina 240 mg 1x ao dia</i>                      |      | <i>16 24 08 12</i>    |
| 17                                   |  |      |                       |
| 18                                   |  |      |                       |
| 19                                   |  |      |                       |
| 20                                   |  |      |                       |
| 21                                   |  |      |                       |

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

#### EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOTENSADO, HIDRATADO.  
# SINAIS VITAIS: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGNÓSTICO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

#### SINAIS VITAIS

| EM   | PA | FC | FR |
|------|----|----|----|
| 12 h |    |    |    |
| 18 h |    |    |    |
| 24 h |    |    |    |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Samuel E. Espinosa Junior  
Médico CRM 1905

13:50.

24-PA 120X85  
FC 90





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

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



Maca 7

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral  
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO

DIH

21/09/2019

DN

18/05/1992

PACIENTE IRLANE DA SILVA CARDOSO

DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

27

LEITO

MACA 7

DATA

22/09/2019

ITEM

1

DIETA ORAL LIVRE

HORÁRIO

2

AVP

SND

3

CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

Mente

4

GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)

12 18 24 06

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N

10

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

SN 01 30

7

PLASIL10MG EV 8/8H S/N

(06)NT.

8

TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

SN

9

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

SN

10

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

SN

11

CURATIVO DIÁRIO

SN

12

SSVV + CCGG 6/6H

Mente

13

Mente

14

15

16

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

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA

:IL,

## SINAIS VITAIS

| 6 H     | PA                    | FC | FR |        |
|---------|-----------------------|----|----|--------|
| 12 H    | Defeito de frequência |    |    |        |
| 17 18 H | 127/87                | 88 | 29 | 37.2   |
| 24 H    | 136 x 71              | 82 | 38 | 36.5°C |

Dr Odinaque Okemiri  
Médico  
CRM/R 1851

06 H. 135 x 72 79 - 36°C

Maca 7



maca 7

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F   |  |  |                   |
|--|--|--|-------------------|
| Bloco:   | Data: 22/09/19   | Enfermaria:  | Leito:            |
| Nome Completo:   | Nelson da Silva Cardoso  |  | Sexo: ( ) F (X) M |
| Hipótese Diagnóstica:  |  |  |                   |
| Isolamento ou Precaução:   | ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos               |  |                   |
| Alergia:   | ( ) Sim ( ) Não  | Qual (is):   |                   |
| Necessidade de Intérprete?   | ( ) Sim ( ) Não  | Qual Idioma:   |                   |
| Possui acompanhante:   | ( ) Sim ( ) Não  | Obs:   |                   |
| Deambulação:   | ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |  |                   |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br>( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado<br>( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso<br>( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br>( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____<br>( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____<br>( ) Pulso Chelo ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____   |                   |
| <b>PUPILAS</b><br>( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríaticas<br>( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes  |  | <b>AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br>( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT<br>Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial<br>Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia<br>( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena<br>Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente |                   |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br>( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico<br>( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia<br>( ) Hiperpirexia   |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br>( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido<br>( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente<br>Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não   |                   |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br>( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada<br>( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercorada<br>( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Cianótica<br>( ) Aclanótica ( ) Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO   |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br>( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria<br>( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria<br>( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen   |                   |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br>( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia<br>Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____  |  |  |                   |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____<br>Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____<br>Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não<br>Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem<br>Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____<br>Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____<br>Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: _____ Local: _____   |  |  |                   |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br>( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Lesão por Pressão<br>( ) Risco de Infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Quedas<br>( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração<br>( ) Risco de glicemia instável ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada<br>( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Risco de constipação<br>( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado ( ) Comunicação deficiente<br>( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene |  |  |                   |
| <b>Escala de Morse</b><br>1. Histórico de Queda<br>Não 0<br>Sim 25<br>2. Diagnóstico Secundário<br>Não 0<br>Sim 15<br>3. Auxílio na Deambulação<br>Nenhum/Acamado/Auxiliado 0<br>Muleta/Bengala/Andador 15<br>Mobilidade Parede 30<br>TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45<br>Prescrição para prevenção de queda no verso  |  |  |                   |
| 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado<br>Não 0<br>Sim 20<br>5. Marcha/Deambulação<br>Normal/Sem deambulação/Acamado 0<br>Fraca 10<br>Comprometida/Cambaleante 20<br>6. Estado Mental<br>Orientado/limitado/conhece as limitações 0<br>Superestima capacidade/Esquece limitação 15   |  |  |                   |



408-2

GOVERNO DE  
RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral  
de Roraima

|   |   |       |        |      |            |
|---|---|-------|--------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO  |   | DIH   |        | DN   |            |
| PACIENTE IRLANE DA SILVA CARDOSO  |   |       |        |      |            |
| AGNÓSTICO FX EXPOSTA TNZ E  |   |       |        |      |            |
| ALERGIAS  |   |       |        |      |            |
| IDADE   | 27  | HAS   |        | DM2  |            |
|   |   | LEITO | MACA 7 | DATA | 23/09/2019 |
| ITEM  | PRESCRIÇÃO  |       |        |      | HORÁRIO    |
| 1   | DIETA LIVRE   |       |        |      |            |
| 2   | AVP   |       |        |      |            |
| 4   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |        |      |            |
| 5   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H |       |        |      |            |
| 6   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H                                |       |        |      |            |
| 7   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |        |      |            |
| 8   | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N           |       |        |      |            |
| 9   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |        |      |            |
| 10  | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |        |      |            |
| 11  | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |        |      |            |
| 12  | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                            |       |        |      |            |
| 13  | GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA (D1 22/09)             |       |        |      |            |
| 14  |   |       |        |      |            |
| 15  | RX CONTROLE   |       |        |      |            |
| 16  |   |       |        |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |   |       |        |      |            |

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA

SSVV 06H  
PA 100/60  
FC 87  
T 36,1

| SINAIS VITAIS |        |        |             |       |
|---------------|--------|--------|-------------|-------|
| 6 H           | PA     | FC     | FR          | Temp. |
| 12 H          | 124/88 | 82 bpm | 19 mmHg     | 35,9  |
| 17 H          | 129/88 | 90     | sem relógio | 36,9  |
| 24 H          | 100/70 | 74     |             | 36,4  |

Dr. Jesus A. L. Aguiar  
CRM RR 566





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

Bloco: D Data: 23-09-19 Enfermaria: MACA - 07  
Nome Completo: IRLANE DA SILVA CARDOSO Sexo: ☐ F ☐ M

Hipótese Diagnóstica:

Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos  
Alergia: ☐ Sim ☐ Não Qual (is):

Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☐ Não Qual Idioma:

Possui acompanhante: ☐ Sim ☐ Não Obs:

Deambulação: ☐ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante

**SISTEMA NEURÓLOGO**  
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado  
☐ Sedado ☐ Torposo ☐ Comatoso  
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage

**PUPILAS**  
☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas  
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes

**REGULAÇÃO TÉRMICA**  
☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico  
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia  
☐ Hiperpirexia

**CARACTERÍSTICAS DA PELE**  
☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada  
☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada  
☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica  
☐ Aclanótica ☐ Edema Local:

Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não

Região: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**  
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia  
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**  
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: Data: Trocar em:  
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:  
Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não  
Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem  
Dreno de: ☐ Sim ☐ Não Aspecto da secreção: Quantidade:  
Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da Instalação: Trocar em:  
Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local:

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM**  
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Lesão por Pressão  
☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas  
☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração  
☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada  
☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de constipação  
☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação deficiente  
☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Déficit no autocuidado para Higiene

**Escala de Morse**  
1. Histórico de Queda  
Não 0 Não 0  
Sim 25 Sim 20  
2. Diagnóstico Secundário  
Não 0 Normal/Sem deambulação/Acamado 0  
Sim 15 Fraca 10  
3. Auxílio na Deambulação  
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Comprometida/Cambaleante 20  
4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado  
5. Marcha/Deambulação  
6. Estado Mental  
Muleta/Bengala/Andador 15 Orientado/limitado/conhece as limitações 0  
Mobiliário Parede 30 Superestima capacidade/Esquece limitação 15  
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de queda no verso



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jylana da Silva Lando

Leito:

408-2

Data: 23/09/19

|   |  |  |   |   |                      |
|---|--|--|---|---|----------------------|
| Localização                             |  |  | Região: <u>M.I.E</u>  |   | Região: <u>M.S.E</u> |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: |  | Grau: I ( ) II (X)  | <input type="checkbox"/> LPP I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>deformação</u> |                      |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:  | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfácelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros:   |                      |
| Pele Perilesional                       | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:  |                      |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:   |  | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:  | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:  |                      |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco   |  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco  |                      |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%   |  | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%  | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%  |                      |
| Cobertura primária                      | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>A.G.E</u>  |  | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>A.G.E</u>   | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>A.G.E</u>   |                      |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário  |  | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário   | <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário   |                      |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Marlene</u><br>Marlene Pitanga N. Vianna<br>Enfermeira do Tratamento de Feridas   |  | <u>Marlene</u><br>Marlene Pitanga N. Vianna<br>Enfermeira do Tratamento de Feridas  | <u>Marlene</u><br>Marlene Pitanga N. Vianna<br>Enfermeira do Tratamento de Feridas  |                      |
| Observações:                            | <u>Realizado o curativo no membro superior direito, com aplicação de A.S.D 110 mg/100g e A.G.E. Ferida com 100% de epitelização, sem sinais de infecção.</u><br><u>Realizado o curativo no membro superior esquerdo, com aplicação de A.S.D 110 mg/100g e A.G.E. Ferida com 100% de epitelização, sem sinais de infecção.</u>  |  | <u>Realizado o curativo no membro superior direito, com aplicação de A.S.D 110 mg/100g e A.G.E. Ferida com 100% de epitelização, sem sinais de infecção.</u><br><u>Realizado o curativo no membro superior esquerdo, com aplicação de A.S.D 110 mg/100g e A.G.E. Ferida com 100% de epitelização, sem sinais de infecção.</u> | <u>Realizado o curativo no membro superior direito, com aplicação de A.S.D 110 mg/100g e A.G.E. Ferida com 100% de epitelização, sem sinais de infecção.</u><br><u>Realizado o curativo no membro superior esquerdo, com aplicação de A.S.D 110 mg/100g e A.G.E. Ferida com 100% de epitelização, sem sinais de infecção.</u>   |                      |



GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIAHGR  
Hospital Geral  
de Roraima

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

21/09/2019

DN

18/05/1992

PACIENTE

IRLANE DA SILVA CARDOSO

DIAGNÓSTICO

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ

ALERGIAS

IDADE

27

HAS

DM2

LEITO

408-2

DATA

24/09/2019

ITEM

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

4

GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)

5

DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N

6

OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7

PLASIL10MG EV 8/8H S/N

8

TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II

9

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

10

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHG

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6H

13

14

15

16

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

HORÁRIO

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

:IL,

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO  
CONDUTA; MANTIDA

## SINAIS VITAIS

| 6 H  | PA     | FC | FR |       |
|------|--------|----|----|-------|
| 12 H | 121/89 | 92 | 16 | 35.8° |
| 18 H | 121/83 | 93 | 17 | 35.2  |
| 24 H |        |    |    |       |

Dr. Odinechi Okenii  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1851/RR



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

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



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Milony da Silva Ladeira

Leito: 408.2

Data: 24/09/2019

|   |  |   |      |   |
|---|--|---|------|---|
| Localização                             | <br>   | Região: <u>MMSS</u><br>Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) | <br> | Região: <u>MMSE</u><br>Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> ) |
| Etiologia                               | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>  </u> Tração <u>  </u> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: <u>  </u>   |   |      |   |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo ( <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros <u>  </u><br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: <u>  </u>                            |   |      |   |
| Pele Periferecional                     | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso ( <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>  </u><br><input type="checkbox"/> Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>  </u>   |   |      |   |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>  </u><br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase ( <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>  </u> |   |      |   |
| Troca                                   | <input type="checkbox"/> 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h  |   |      |   |
| Profissional que realizou procedimento: | <div> <div> <u>Renata Silva Rodrigues</u><br/>COREN-RR 415272-RR           </div> <div> <u>Larissa Alves Moura</u><br/>Técnica em Enfermagem<br/>COREN-RR 1.247.428-7R           </div> <div> <u>Ana Carolina Silva Garcia</u><br/>Téc. em Enfermagem<br/>COREN-RR 892.622           </div> </div>   |   |      |   |
| Observações:                            | <u>Qualidade curativo no membro superior direito</u>   |   |      |   |





GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

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

HGR  
Hospital Geral de Roraima

408  
2

|                  |   |       |            |      |            |
|------------------|---|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO |   | DIH   | 21/09/2019 | DN   | 18/05/1992 |
| PACIENTE         | IRLANE DA SILVA CARDOSO   |       |            |      |            |
| DIAGNÓSTICO      | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQ  |       |            |      |            |
| ALERGIAS         |   | HAS   |            | DM2  |            |
| IDADE            | 27  | LEITO | 408-2      | DATA | 25/09/2019 |
| ÍTEM             | HORÁRIO   |       |            |      |            |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE  |       |            |      |            |
| 2                | AVP   |       |            |      |            |
| 3                | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H  |       |            |      |            |
| 4                | GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (D122/09)   |       |            |      |            |
| 5                | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N   |       |            |      |            |
| 6                | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA  |       |            |      |            |
| 7                | PLASIL10MG EV 8/8H S/N  |       |            |      |            |
| 8                | TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN   |       |            |      |            |
| 9                | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N   |       |            |      |            |
| 10               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |            |      |            |
| 11               | CURATIVO DIÁRIO   |       |            |      |            |
| 12               | SSVV + CCGG 6/6H  |       |            |      |            |
| 13               |   |       |            |      |            |
| 14               |   |       |            |      |            |
| 15               |   |       |            |      |            |
| 16               |   |       |            |      |            |
|                  | <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |            |      |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

|      |        |    |    |      |
|------|--------|----|----|------|
| 6 H  | PA     | FC | FR |      |
| 12 H | 130/80 | 88 | 17 | 36.2 |
| 14 H | 132/80 | 84 | 17 | 36°C |
| 24 H | 130/74 | 94 | -  | 36°C |

Dr. Odinachi Okemii  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RR

06 Hs. 130x80 94 - 35.6°C





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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual(is): \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Paciente indígena: ( ) Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma: \_\_\_\_\_

Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs: \_\_\_\_\_

Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Comprometida: \_\_\_\_\_

## SISTEMA NEURÓLOGO

( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: \_\_\_\_\_

### PUPILAS

( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

### REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico ( ) Alterações: \_\_\_\_\_

## SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração  
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

## REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente  
Alterações: \_\_\_\_\_

## SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Outros: \_\_\_\_\_

## ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial  
Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia

## CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica

Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: \_\_\_\_\_

Alterações: \_\_\_\_\_  
Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Edema Local: \_\_\_\_\_

Risco de Lesão Sinalizado: \_\_\_\_\_

## CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_ Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não

Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Curativos: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

|                                      |  |                                     |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| ( ) Deglutição Prejudicada           | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) Risco de Lesão por Pressão      |
| ( ) Risco de infecção                | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) Risco de Quedas                 |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada | ( ) Mobilidade física prejudicada                  | ( ) Risco de Broncoaspiração        |
| ( ) Risco de glicemia instável       | ( ) Risco de integridade da pele prejudicada       | ( ) Eliminação urinária prejudicada |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) Risco de constipação            |
| ( ) Volume de líquidos excessivo     | ( ) Padrão de sono prejudicado                     | ( ) Comunicação deficiente          |
| ( ) Volume de líquidos deficiente    | ( ) Déficit no autocuidado para Higiene            |                                     |

## Escala de Morse

|  |  |
|--|--|
| 1. Histórico de Queda                        | 6. Estado Mental                                     |
| Não 0  | Orientado/limitado/conhece as limitações 0           |
| Sim 25                                       | Superestima capacidade/Esquece limitação 15          |
| 2. Diagnóstico Secundário                    | TOTAL:   |
| Não 0  | Risco Baixo: 0 - 24                                  |
| Sim 15                                       | Risco Médio: 25 - 44                                 |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45                             |
| Não 0  | Sinalização do Risco:                                |
| Sim 20                                       | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem   |
| 4. Auxílio na Deambulação                    | ( ) Risco registrado na placa de identificação leito |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                   |  |
| Muleta/Bengala/Andador 15                    |  |
| Mobiliário Parede 30                         |  |
| 5. Marcha/Deambulação                        |  |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0             |  |
| Fraca 10                                     |  |
| Comprometida/Cambaleante 20                  |  |

## Prescrição de Cuidado Prev Quedas

|  |
|--|
| ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| ( ) Auxiliar o paciente na higiene                         |
| ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama    |
| ( ) Manter cama com rodas travadas                         |
| ( ) Necessidade de contenção ao leito                      |
| ( ) Manter vigilância de ____/____ horas.                  |
| ( ) Calçado seguro nos pés                                 |
| ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão              |

## Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: \_\_\_\_\_



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *Juliane da Silva Lander*

Leito: *408-2*

Data: *25/09/19*

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Localização                             | <br>   | Região: <i>M5 D</i><br>Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )  | <br>   | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )  |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____   | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____   | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____   | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____   |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____ |
| Pele Perilesional                       | ( ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____   |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco   |
| Solução de Limpeza                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <i>AGE</i>       | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____  |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h  |
| Profissional que realizou procedimento: | <i>Rosângela Miguel Delaborda</i><br>COREN-RR 628.103<br><i>Joana Darc Paiva Bando</i><br>COREN-RR 487.031 - TE<br><i>Regina Silva Rodrigues</i><br>COREN-RR 4.212.75  |  |  |  |
| Observações:                            |  |  |  |  |



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Paciente: *Juliana da Silva Landeiro*

Leito: *408-2*

Data: *25/09/2019*


Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

|   |   |                      |  |                      |
|---|---|----------------------|--|----------------------|
| Localização                             |   | Região: <i>M I E</i> |  | Região: <i>M S E</i> |
| Etiologia                               | Grau: I ( ) II (✓)<br>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>(✓) Trauma: <i>Deno</i> Tração <i>Deno</i> Fixador Externo (✓) Ortopedia<br>( ) Outro: <i>Deno</i>  |                      |  |                      |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____<br>(✓) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                      |                      |  |                      |
| Pele Perilesional                       | ( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____   |                      |  |                      |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco<br>( ) Outro: _____  |                      |  |                      |
| Solução de Limpeza                      | (✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <i>AGE</i>  |                      |  |                      |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <i>AGE</i>   |                      |  |                      |
| Troca                                   | ( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h<br>( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h  |                      |  |                      |
| Profissional que realizou procedimento: | <i>Rozângela Miguel Deslandes</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>CRP 1029 ROR</i><br><i>Joana Dore Raima Lobato</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>CRP 487.031 - RR</i><br><i>Roberta Silva Rodrigues</i><br><i>Enfermeira</i><br><i>CRP 41372 - RR</i> |                      |  |                      |
| Observações:                            | _____<br>_____<br>_____   |                      |  |                      |



|  |   |   |    |   |  |                                  |
|--|---|---|----|---|--|----------------------------------|
| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima  |   | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                     |    |   |  | HGR<br>Hospital Geral de Roraima |
|  |   | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                |    |   |  |                                  |
|  |   | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA          |    |   |  |                                  |
|  |   | PRESCRIÇÃO MÉDICA                             |    |   |  |                                  |
| DATA DE ADMISSÃO   |   | DIH   |    | DN  |  |                                  |
| PACIENTE   |   | IRLANE DA SILVA CARDOSO                       |    |   |  |                                  |
| DIAGNÓSTICO  |   | FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO E <i>(Pulso)</i> |    |   |  |                                  |
| ALERGIAS   |   | HAS   |    | DM2   |  |                                  |
| IDADE  |   | LEITO   |    | DATA  |  |                                  |
|  |   | 408-2   |    | 26/09/2019  |  |                                  |
| ÍTEM   | HORÁRIO   |   |    |   |  |                                  |
| 1  | DIETA LIVRE   |   |    |   |  |                                  |
| 2  | AVP   |   |    |   |  |                                  |
| 3  | CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6  |   |    |   |  |                                  |
| 4  | TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N   |   |    |   |  |                                  |
| 5  | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H  |   |    |   |  |                                  |
| 6  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA  |   |    |   |  |                                  |
| 7  | PLASIL10MG EV 8/8H S/N  |   |    |   |  |                                  |
| 8  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN   |   |    |   |  |                                  |
| 9  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N   |   |    |   |  |                                  |
| 10   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |   |    |   |  |                                  |
| 11   | SSVV + CCGG 6/6H  |   |    |   |  |                                  |
| 12   |   |   |    |   |  |                                  |
| 13   |   |   |    |   |  |                                  |
| 14   |   |   |    |   |  |                                  |
| 15   |   |   |    |   |  |                                  |
| 16   |   |   |    |   |  |                                  |
|  | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |   |    |   |  |                                  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:   |   |   |    |   |  |                                  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, /O,<br>ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES<br># EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO,<br>ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO<br>CONDUITA; MANTIDA |   |   |    |   |  |                                  |
| SINAIS VITAIS  |   |   |    |   |  |                                  |
| 6 H  | PA  | FC  | FR | <br>Dr. Fernando Rezende<br>Médico Ortopedista<br>Hospital Geral de Roraima |  |                                  |
| 12 H   |   |   |    |   |  |                                  |
| 18 H   |   |   |    |   |  |                                  |
| 24 H   |   |   |    |   |  |                                  |





408 2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU – SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Maria da Silva (anão) 57 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24 / 09 / 19, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta de Tornozelo (L)  
NO DIA 24 / 09 / 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
h. MC + Gesso de fixação externa SENDO  
OPERADO PELO DR. Dobson E DR. \_\_\_\_\_  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 26 / 09 / 19, ÀS 12:00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL 462  
CORONEL MOTA NO DIA 06 / 10 / 19, ÀS 10:00, COM O  
DR. Dobson

**ORIENTAÇÕES GERAIS:**

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.



PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. \_\_\_\_\_

Dr. Fernando Rezende  
Médico

BOA VISTA, 26 / 09 / 19

MÉDICO









MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**057.079.363-78**

Nome

**IRLANE DA SILVA CARDOSO**

Nascimento

**18/05/1992**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito 

  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 524555-9 DATA DE EXPIRAÇÃO 30/01/2017

NOME  
**TELVA SANTIAGO GUEDES**

RELACIONADO  
**EDNILSON JOSÉ SANTIAGO**  
**TEREZINHA SILVA SANTIAGO**

NATURALIDADE  
**SANTARÉM - PA** 18/11/1970

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

CPF  
**739.248.066-91**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
Perito Papiloscópico da Polícia Civil  
Chefe do SDC

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



## Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAM1803

Situação: 1-EM CIRCULACAO

## DADOS DO VEICULO

Placa: NAM1803 Chassi: 9C2KC1670BR525475 Renavam: 00308601564 Remarcado(S/N): N  
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 002855-HONDA/CG 150 FAN ESI  
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSEIRO  
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 16-ALCO/GASOL Ano Mod/Fab: 2011 / 2011  
Cor: 11-PRETA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149  
Carroceria: 999-NAO APLIC. N° Motor: KC16E7B525475 N° Câmbio:  
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:  
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 17/06/2014 Taxi: NAO  
Ano Último CRLV Emitido: 2019 Ano Último Licenciamento: 2019 - Autorizado em 31/05/2019  
Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID  
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO  
Numero do Lacre: 0017008832RR  
Número de autorização:

## DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: LUCILENE SILVA SA CPF/CNPJ: 709.178.762-53  
Endereço: RUA SALVADOR Nº: 624 Bairro: NOVA CIDADE  
Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69316334  
Data Aquisição 0km: 23/03/2011 Valor 0km: 7055,00  
Data Transferência: 23/03/2011 Valor: 7055,00 N° Doc. Aquisição: 11219

## PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: RORAIMA MOTORES LTDA CPF/CNPJ: 04.050.068/0003-06  
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

## DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 13/02/2015 N° CRV: \*\*\*\*\* Data CRLV: 31/05/2019 N° CRLV: 013975612400

## RESTRIÇÕES

## 07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID N° Restrição: 45441789000154  
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468479/19

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

CPF: 057.079.363-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/09/2019

Titular do CPF: IRLANE DA SILVA  
CARDOSO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## 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**

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

**IRLANE DA SILVA CARDOSO : 057.079.363-78**

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](http://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: 26/12/2019  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

\_\_\_\_\_  
TELVIA SANTIAGO GUEDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190719715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IRLANE DA SILVA CARDOSO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 3/4\_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 tornozelo | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190719715 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IRLANE DA SILVA CARDOSO **Data do acidente:** 21/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 3/4\_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS               | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total  |   |   | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## PROCURAÇÃO



**Outorgante:** : IRLANE DA SILVA CARDOSO, Brasileira, solteira, auxiliar administrativa portador (a) do RG nº 0253526820038 SSP/MA e inscrito no CPF: nº 057.079.363-78, residente na Rua: Imperatriz, Nº 730 - Bairro: Nova Cidade, CEP: 69.316-180, nesta Capital. Tel.: (95) 99172-5568.

**VITIMA:** IRLANE DA SILVA CARDOSO, CPF N 057.079.363-78 DATA DO SINISTRO

21/11/19.

**NATUREZA:** INVALIDEZ

**OUTORGADA:** TELVIA SANTIAGO GUEDES, RG nº 524555-9 SSP/RR e CPF nº 739.248.066-91, Brasileira, Casada, Proprietária da Empresa Telvia S. Guedes- Me, cujo nome fantasia é Confiança Serviços Tecnicos CNPJ nº 04.205.355/0001-78. Situada na Rua Bento Brasil nº 248, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 98118-1200.

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por INVALIDEZ, a que tem direito a outorgante junto a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ nº 09.248.608/001-04, telefone (21) 3861-4600, situada na RUA: SENADOR DANTAS Nº 74, 15º ANDAR – CENTRO RIO DE JANEIRO – RJ, CEP 20031-205 em razão de acidente de transito, podendo a requerida procuradora em nome da mesma. Bem como quitar requerer e retirar documentos em órgãos públicos, estaduais, federais e municipais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

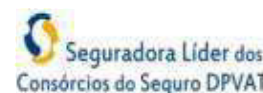
Boa Vista-RR, 25 DE NOVEMBRO DE 2019.



IRLANE DA SILVA CARDOSO



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0468479/19

**Vítima:** IRLANE DA SILVA CARDOSO

**CPF:** 057.079.363-78

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/09/2019

**Titular do CPF:** IRLANE DA SILVA CARDOSO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### TELVIA SANTIAGO GUEDES : 739.248.066-91

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

### IRLANE DA SILVA CARDOSO : 057.079.363-78

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](http://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: 26/12/2019  
Nome: TELVIA SANTIAGO GUEDES  
CPF: 739.248.066-91

TELVIA SANTIAGO GUEDES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



---

**Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190719715**

**Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO**

**Data do Acidente: 21/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IRLANE DA SILVA CARDOSO**

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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190719715

Vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Data do Acidente: 21/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRLANE DA SILVA CARDOSO

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um 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: IRLANE DA SILVA CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000039446-4

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 057.079.363-78 4 - Nome completo da vítima: IRLANE DA SILVA CARDOSO

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

5 - Nome completo: IRLANE DA SILVA CARDOSO 6 - CPF: 057.079.363-78

7 - Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO 8 - Endereço: RUA IMPERATRIZ 9 - Número: 730 10 - Complemento: 11 - Bairro: NOVA CIDADE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.316-188 15 - E-mail: confiancaest@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (95) 98118-1200

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 00039446 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Graude 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 (coisas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA - RR, 12 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031818/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/09/2019 10:50 Data/Hora Fim: 21/09/2019 11:07  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 2290 Data: 21/09/2019  
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/09/2019 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Rua Bem Querer c/ Rua Caracará

Bairro: Treze de Setembro

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                       | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS | Não Houve            |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALVERLAN SÁ PEREIRA (ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Idade 26

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 539.787.732-87  
RG - Carteira de Identidade: 3754091

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Salvador  
Bairro: Nova cidade

Nº: 624

Nome Civil: ERIKO MARCEL DA SILVA (ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Idade 33

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 528.046.402-30  
RG - Carteira de Identidade: 217468

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Santa Maria  
Bairro: Centenário

Nº: 800

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE )

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DAT  
Confere com original  
Data: 28/12/19

*Assinatura*  
Soni Figueira de Carvalho  
Agente Administrativa/União  
Mat. 0707577



Delegado de Polícia Civil: Miriam Di Manso  
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira  
Data de Impressão: 18/12/2019 08:34  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031818/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Vem comunicar que fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de trânsito no endereço acima citado onde o Srº Eriko informou que conduzia o veículo automóvel fiesta de cor prata e placas NBA-2196 e seguia pela Rua Bem Querer sentido centro/bairro onde tentou cruzar a Av. Caracará, momento que colidiu na motocicleta Honda Cg 150 de cor preta e placa NAM-1803 que era conduzida pelo Srº Alverlan e tinha como carona a Srª Irlane da Silva Cardoso de identidade nº 0253526820038-MA e CPF 057.079.363-78, onde o motociclista seguia na Av. Caracará sentido rio branco. No local fomos informados que os ocupantes da motocicleta haviam sido levados por uma viatura do corpo de bombeiros. Qua a perícia foi feita pelo Perito Eduardo, onde logo em seguida o automóvel foi liberado ao seu condutor e a motocicleta ficou sob a responsabilidade do Srº Jacó dos Reis de CNH 06677253973. Informo ainda que foi feito o teste de alcoolemia no condutor do automóvel, sendo comprovado que o mesmo não havia feito uso de álcool, conforme amostra nº 01053 que segue anexo. Era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Rodileno Ribeiro Solidade

Agente de Polícia  
Matrícula 42000697

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Miriam Di Manso  
Impresso por: Givanildo da Silva Vieira  
Data de Impressão: 18/12/2019 08:34  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA  
COMANDO DO POLICIAMENTO DA CAPITAL  
COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLICIAMENTO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS



## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (ROP)

| ROP                         | DATA         | TIPO                                  | UND OP   | DP                      |
|-----------------------------|--------------|---------------------------------------|----------|-------------------------|
| 2290                        | 21/09/2019   | OUTROS                                | CIPTUR   |                         |
| HORA TRANS.                 | HORA INICIAL | HORA CHEGADA                          | HORA FIM | VTR                     |
| 07:40:00                    | 07:40:00     | 07:50:00                              | 09:15:00 |                         |
| KMINICIAL                   | KMFINAL      |                                       |          | CIPTUR 03               |
| 143702                      | 143710       |                                       |          |                         |
| Código Ocorrência<br>- 1001 |              | Código Providência<br>- 13006 - 13999 |          | Código Serviço Prestado |

Local da Ocorrência

RUA: RUA BEM QUER C/ AV. CARACARAI, N°. BAIRRO: 13 DE SETEMBRO

POLÍCIA MILITAR - RR  
CPC-P2-P3  
CONFERE COM ORIGINAL  
DATA 30/05/19

David Amaral dos Santos  
Func. Civil PM/RR  
Mat. 044005222

## PESSOAS RELACIONADAS

|  |   |                       |                  |  |              |
|--|---|-----------------------|------------------|--|--------------|
|  | 1 ENVOLVIDO   | ALVERLAN SA PEREIRA   |                  | David Amaral dos Santos<br>Func. Civil PM/RR<br>Mat. 044005222 |              |
|  | RG: 3754081   | CPF: 539.787.732-87   | CNH: 05520093108 | Idade: 26  | País: BRASIL |
|  | ENDEREÇO: RUA SALVADOR N° 624, NOVA CIDADE                                  |                       |                  |  |              |
|  | 2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES: (ID 2290 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR) - TOTAL DE |                       |                  |  |              |
|  | 2 ENVOLVIDO   | ERIKO MARCEL DA SILVA |                  |  |              |
|  | RG: 217468  | CPF: 528.046.402-30   | CNH: 03323549780 | Idade: 33  | País: BRASIL |
|  | ENDEREÇO: RUA SANTA MARIA N° 800, CENTENÁRIO                                |                       |                  |  |              |
|  | 2 ÚLTIMAS CONDIÇÕES: (ID 2290 - TIPO: ENVOLVIDO - OBS: CONDUTOR) - TOTAL DE |                       |                  |  |              |

## HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO CITADO ONDE O SR. ERIKO INFORMOU QUE CONDUZIA O VEÍCULO AUTOMÓVEL FIESTA DE COR PRATA E PLACAS NBA 2196 E SEGUIA PELA RUA BEM QUERER SENTIDO CENTRO/BAIRRO, ONDE TENTOU CRUZAR A AV. CARACARAI, MOMENTO QUE COLIDIU NA MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA E PLACA NAM 1803 QUE ERA CONDUZIDA PELO SR. ALVERLAN E TINHA COMO CARONA SRA. IRLANE DA SILVA CARDOSO DE IDENTIDADE N° 0253526820038 - MA E CPF 057.079.363-78, ONDE O MOTOCICLISTA SEGUIA NA AV. CARACARAI SENTIDO RIO BRANCO. NO LOCAL FOMOS INFORMADOS QUE OS OCUPANTES DA MOTOCICLETA HAVIAM SIDO LEVADOS POR UMA VIATURA DO CORPO DE BOMBEIROS.

A PERÍCIA FOI FEITA PELO PERÍTO EDUARDO, ONDE LOGO EM SEGUIDA, O AUTOMÓVEL FOI LIBERADO AO SEU CONDUTOR E A MOTOCICLETA FICOU SOB A RESPONSABILIDADE DO SR. JACO DOS REIS DE CNH 06677253973.

INFORMO AINDA QUE FOI FEITO O TESTE DE ALCOOLEMIA NO CONDUTOR DO AUTOMÓVEL, SENDO COMPROVADO QUE O MESMO NÃO HAVIA FEITO USO DE ALCOOL, CONFORME AMOSTRA N° 01053 QUE SEGUUE EM ANEXO.

ERA O QUE TINHA A RELATAR.

2º SGT OSANIEL MENDES DE SOUZA FILHO  
CADASTRO 47000180

LOCAL: BOA VISTA / RR - 21/09/2019

DADOS DO RECEBIMENTO

Recebi os conduzido(s) e os material(ais) acima anotado(s)

1-  
2-  
3-



Condição (a) (b) (c) de cobertura:

☐ DPM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INDENIZACÃO PERMANENTE ☐ MORTE

3 - Nº do sistema do ASL:

8 - CPF do vítima:

4 - Nome completo do vítima:

057-079.363-78 IRLANE DA SILVA CARDOSO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E DATA DE MÓDULO MENSAL DA PESSOA FÍSICA (FOLHA DE REGISTRO) - Nº 446/2012

5 - Nome completo:

IRLANE DA SILVA CARDOSO

6 - CPF:

057.079.363-78

7 - Profissão:

Aux. Administrativo

8 - Endereço:

ROA IMPERATRIZ

9 - Número:

730

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA CIDADE

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.316-188

15 - E-mail:

conf:ancaest@hotmail.com

16 - Telefone:

(95) 98118-1800

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA (DECLARAÇÃO DE VÍTIMA ENTRE 14 E 18 ANOS DO MOMENTO 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 - Declaração do Titular da Conta:

☒ RECEBO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00  
☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Dados Bancários:

☒ CONTA POLIPURPURA (poderá possuir até 3 contas correntes, sendo uma em nome do titular)

☐ CONTA CORRENTE (poderá possuir até 3 contas correntes, sendo uma em nome do titular)

☐ Bradesco (232)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (342)

☒ Caixa Econômica Federal (301)

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 000 39446

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código de agência)

(Informe o código de agência)

(Informe o código de agência)

(Informe o código de agência)

Assinatura a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com a cláusula de indenização, o valor da indenização e o valor do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sem qualquer ônus, a efetivação da crédito, quitando total do valor devido.

22 - DECLARAÇÃO DE ASSINATURA DE VÍTIMA DO IML - (PROCURADORIA) SOLICITE SUA COPIA PARA DE COMPROVAÇÃO DE QUANTIDADE DE DANOS

☒ 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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito a apresentação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por inviabilidade presencial, com base na documentação médica apresentada sob a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, de acordo com o disposto no artigo 2º da Lei nº 5.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prejuízo ou confissão de culpa e futura avaliação médica ou remissão ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÔBITO ESPERANÇOSO - PRECATORIO DE ÔBITO PARA COMPROVAÇÃO DE MORTE

23 - Grau da Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Esposa ☐ Sobrinho(a) ☐ Avô ☐ Tio(a) ☐ Outros

24 - Grau da Parentesco com a vítima:

25 - Vítima faleceu com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima faleceu com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima faleceu com patrimônio, informar o nome completo:

28 - Vítima faleceu com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se a vítima faleceu com patrimônio, informar o nome completo:

30 - Vítima faleceu com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

31 - Se a vítima faleceu com patrimônio, informar o nome completo:

32 - Vítima faleceu com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

33 - Se a vítima faleceu com patrimônio, informar o nome completo:

34 - Vítima faleceu com patrimônio: ☐ Sim ☐ Não

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

35

36 - Nome legal de quem assina a petição (a cargo)

37 - CPF legal de quem assina a petição (a cargo)

38 - Assinatura de quem assina a petição (a cargo)

39 - Local e data:

Boa Vista - RR, 12 de dezembro de 2019.

IRLANE DA SILVA CARDOSO

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do beneficiário (declarante)

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura do Segurador (se houver)



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRLANE DA SILVA CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000039446-4

---

Nr. da Autenticação 21DF3523C2E7A489





RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 360/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0130124-1

Nº da Nota Fiscal 003970826

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

| CONTA MÊS     | VENCIMENTO | CONSUMO (KWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| NOVEMBRO/2019 | 06-12-2019 | 612           | 505,19              |

IRLANE DA SILVA CARDOSO

R. IMPERATRIZ 730 NOVA CIDADE

CPF: 00085707936378

CEP: 69.316-108 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWh)

Atual: 21532  
Anterior: 20920  
Dias de consumo: 28  
Constante de Multiplicação: 1,000  
Consumo medido: 612  
Consumo Faturado: 612

DATAS DA LEITURA

Atual: 06/11/2019  
Anterior: 09-10-2019  
Próxima leitura: 06-12-2019  
Emissão: 05-11-2019  
Apresentação: 06-11-2019  
R: 15.001.23.01.095400

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo: B  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: BI  
Número Medidor: 14EDB83554  
Forma de Faturamento: NORMAL  
Modalidade: CONVENCIONAL

CONSUMO  
ILUMINACAO PUBLICA

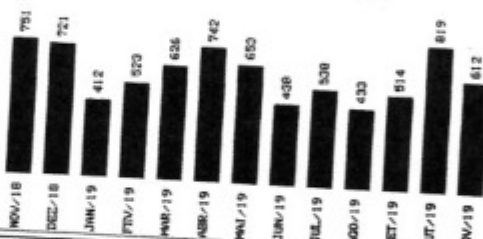
612 A R\$ 0,780833 = 477,86  
27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 612 - 0,631009

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS  
IMPORTANTES

REAVISO DE  
VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL: ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER  
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO  
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 05-11-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

| Energia:             | Encargos:       |
|----------------------|-----------------|
| Distribuição: 258,39 | Tributos: 14,81 |
| Transmissão: 113,79  | 91,67           |
|                      | 0,00            |

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

| Base de Cálculo: | ALÍQUOTA | VALOR |
|------------------|----------|-------|
| ICMS:            |          |       |
| PIS:             | 17,00%   | 81,23 |
| COFINS:          | 0,37065% | 1,88  |
|                  | 1,0012%  | 8,64  |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| Limite    | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DMIC | DICRI |
|-----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|------|-------|
|           | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual |      |       |
| Realizado | 8,85   | 17,70      | 35,40 | 8,46   | 16,92      | 33,84 | 4,82 |       |
| Conjunto  | 8,85   |            |       | 8,85   |            |       | 4,82 |       |

DISTRITO

R: 15.001.23.01.095400



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

SEU CÓDIGO

0130124-1

MÊS FATURADO

11/2019

Nº da Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR - R\$

505,19

VENCIMENTO

06-12-2019

8365000005 1 05190075000 4 00000000130 5 12411119008 6





RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1  
Regime Especial de Impresão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003941569  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

RAQUEL DELL EUGENIO

AV BENTO BRASIL 248 CENTRO

CPF: 00005763937899

CEP: 69.301-850 - BOA VISTA

**DADOS DA LEITURA (KWH)**

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

**DATAS DA LEITURA**

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| Atual:           | 29/10/2019          |
| Anterior:        | 26/09/2019          |
| Próxima leitura: | 29/11/2019          |
| Emissão:         | 28/10/2019          |
| Apresentação:    | 29/10/2019          |
| R:               | 12.001.02.11.603050 |

**DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA**

|                       |              |
|-----------------------|--------------|
| Grupo/Subgrupo:       | B            |
| Classe/Subclasse:     | RESIDENCIAL  |
| Ligação:              | B1           |
| Número Medidor:       | 14TUB00002   |
| Forma de Faturamento: | NORMAL       |
| Modalidade:           | CONVENCIONAL |

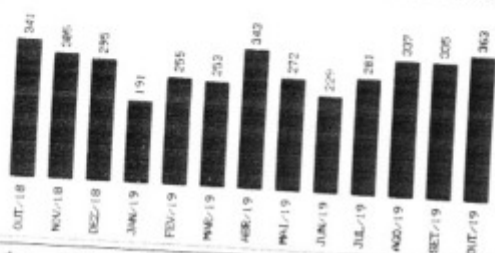
CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

363 A R\$ 0,764602 = 277,55  
25,28

**OUTRAS INFORMACOES**

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 existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 210,87 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

**RESERVADO AO FISCO**

H32N, 5462, 6434, 7405, 4079, 4302, CD4A, 4502

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$**

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

**IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$**

| Base de Cálculo: | ALÍQUOTA          | VALOR |
|------------------|-------------------|-------|
| 277,55           | ICMS: 17,00%      | 47,18 |
|                  | PIS: 0,000000%    | 0,00  |
|                  | COFINS: 0,000000% | 0,00  |

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

|           | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DMIC | DICRI |
|-----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|------|-------|
|           | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual |      |       |
| Limite    | 6,00   | 12,06      | 24,12 | 7,27   | 14,54      | 29,08 | 3,54 |       |
| Realizado | 0,43   |            |       | 1,00   |            |       | 0,00 |       |
| Conjunto  |        | CENTRO     |       |        |            |       |      |       |

R: 12.001.02.11.603050

PC=H



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

SEU CÓDIGO

0126055-3

TOTAL A PAGAR - R\$

302,83

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

26/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003941569

83620000003 9 02830075000 8 00000000126 3 05531019008 1



RDV: 00216

LEITURA: 20134

DT-VENC: 26-11-2019

UT: 0126055-3

NORMAL

IMRES: 000

DT-LEIT: 29-10-2019

TOTAL: 302,83

COLETOR: 1301

T-ENTR: 07

CARGA: 810

RM420 - RRE (NOVO)