

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2764926020200702175135

Processo 0814458-45.2020.8.23.0010 ☆ - (29 dia(s) em tramitação)

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

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 12	02/07/2020 17:51:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
12.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2726909CONTESTACAO01.pdf Público
12.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2726909CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
12.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KITSEGURADORALIDER.pdf Público
11	26/06/2020 00:06:42	DECORRIDO PRAZO DE REGINALDO ANDRADE DUARTE (P/ advgs. de REGINALDO ANDRADE DUARTE *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (08/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
10	19/06/2020 00:01:56	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de REGINALDO ANDRADE DUARTE) em 18/06/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (08/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
9	09/06/2020 08:43:58	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 09/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 8.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
[+] 8	08/06/2020 13:24:46	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
7	08/06/2020 13:23:49	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de REGINALDO ANDRADE DUARTE com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (08/06/2020)	DEBORA LIMA BATISTA Analista Judiciária
[+] 6	08/06/2020 08:13:18	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	03/06/2020 15:38:50	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	03/06/2020 15:38:50	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	03/06/2020 15:38:50	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	03/06/2020 15:38:50	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	03/06/2020 15:38:49	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08144584520208230010

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **19/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **14/10/2019**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **19/07/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 7.087,50 (SETE MIL E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁷.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁸.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

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

⁷“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in Responsabilidade Civil, Forense, 5ª ed., página 42).

⁸“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**”(TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação¹⁰

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

⁹“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰**art. 1º . (...)**

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 10 de junho de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **REGINALDO ANDRADE DUARTE**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08144584520208230010.

Rio de Janeiro, 10 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro (LSE): 3 - CPF da vítima: 045.002.742.75 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 045.002.742.75
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. BRIO DO AR NERO MOURA 9 - Número: 433 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÍMIO BUTENHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314-490
15 - E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DO INSS/INTEGRAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDEVIDIDUALIDADE CURADOR (TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para menores de idade. Adotar uma opção)

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00002019 8

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

☐ CONTA CORRENTE (Salvo para menores)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária indicada, de minha titularidade, o valor da indenização/pensão/valor do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a perda, 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 6.134/74), 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 acompanhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como a concessão de laudo do IML, encaminhando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes e ausência de trânsito causado por violência externa, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não implica prévia concordância com a cultura de avaliação médica ou com a decisão do IML, podendo, caso discordar, recorrer ao Poder Judiciário.

DECLARAÇÃO DE LIGAMOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 24 - Sexo: 25 - Data de Nascimento: 26 - Nome completo: 27 - Se a vítima deixou descendente(s), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? 29 - Se filhos vivos, informar: 30 - Vítima deixou descendente(s)? 31 - Vítima tem irmãos? 32 - Se irmãos vivos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? 34 - Vítima deixou pais/avós vivos?

35 - Vítima deixou filhos, informar: 36 - Vítima deixou pais/avós vivos? 37 - Vítima deixou irmãos, informar: 38 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que o Seguro DPVAT, por ser de natureza previdenciária, não gera direito a indenização por morte, sendo a responsabilidade da indenização por morte do Seguro DPVAT, por morte de quem for beneficiário, de natureza previdenciária, e não de natureza indenizatória, conforme o disposto no Artigo 259 do Código Penal.

39 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)
40 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)
41 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

42 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha
43 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

44 - Local e Data: BOA VISTA, 26/11/2019

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

46 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1355

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE BRAVO I

EQUIPE:

Doremi / Loucival



Paciente: Reginaldo Indraceli Marte Idade: 28 Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço: Av. Mauro Campelo Bairro: Jock Clube

Nº 12140 DATA 19/07/19 HORA J/9: 18:25 BASE () VIA () () RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Paulo HORA J/10: 19:28 () CELULAR

MOTIVO INICIAL moto x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica
- ☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência
- ☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar
- ☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
☐ Pedestre	☐ A pé	☐ Ônibus	☒ Capacete
☒ Condutor	☐ Automóvel	☐ Micro-ônibus	☐ Cinto de segurança
☐ Passageiro	☒ Motocicleta	☒ Motocicleta	☐ Airbag
☐ Ignorado	☐ Bicicleta	☐ Ônibus	☐ Assento para criança
		☐ Micro-ônibus	

AVALIAÇÃO INICIAL

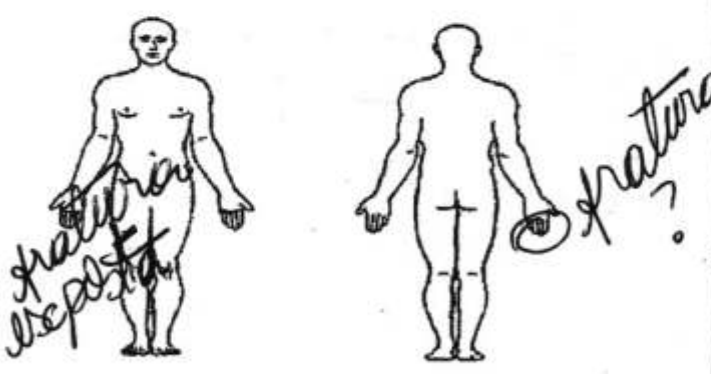
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☒ Livre	☐ Apnéia	☐ Bradicárdico	☐ Miose
☐ Obstrução Parcial	☐ Dispnéia	☐ Enchimento capilar acima de 2"	☐ Midríase
☐ Obstrução Total	☐ Bradipnéia	☐ Pulso radial ausente	☐ Anisocoria [] D [] E
☐ Corpo estranho	☐ Taquipnéia	☐ Pulso central ausente	☐ Aparentemente Alcoolizado
☐ Outro: _____		☐ Cianose central	☐ Agitação psicomotora
		☐ Extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 18:50	120/80	73	19	98				
Fim 19:10	120/80	73	19	99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	ABERTURA OCULAR
1 - Dor	4 - Espontânea
2 - Hematoma	3 - Ao comando
3 - Contusão	2 - A dor
4 - Escoriação	1 - Sem resposta
5 - Laceração	
6 - Luxação	
7 - Fratura fechada	
8 - Fratura exposta	
9 - Amputação	
10 - Evisceração	
11 - Afundamento de crânio	
12 - Ferimento penetrante	
13 - Tórax instável	
14 - Enfisema subcutâneo	
15 - Ferida aspirativa	
16 - Empalamento	
17 - Outros	



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Ritmo Sinusal	☐ Neurológica	☐ Diabetes
☐ Taquicardia Sinusal	☐ Metabólica	☐ Cardiopatia
☐ Flutter Atrial	☐ Respiratória	☐ HAS
☐ Fibrilação atrial	☐ Cardiovascular	☐ Medicação de uso
☐ Assístolia	☐ Digestiva	

GRAVIDADE COMPROVADA [] Ileso [] Pequena [] Média [] Severa [] Óbito

Dr. Jorge Barros Freitas

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Destino

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL

Em 06/07/19

[] Cancelamento

[] Recusa de Atendimento / [] Hospitalização

[] Não se encontrava no local

[] Polícia Militar

[] Guarda Municipal

[] Outros:

PERTINÊNCIA DO PACIENTE

TERMO DE RECUSA

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

Idade Gestacional:

Perda de líquido:

BCF:

☐

 Movimentos fetais presentes

☐

 Partes fetais na vulva

☐

 Contrações entre 3-5 min.

☐

 Com cartão da gestante

☐

 Contrações com duração > 30s

☐

 Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☒

 Aspiração

☐

 Cânula de Guegel

☐

 Cateter nasal: ____ L/min

☐

 Máscara facial: ____ L/min

☐

 Bolsa-valva-máscara: ____ L/min

☐

 Intubação orotraqueal

☒

 Acesso venoso Gelco n° 12

☐

 Máscara laringea

☐

 Guia de introdução Bougie

☐

 Cricotireostomia cirúrgica

☒

 Oximetria

☐

 Dreno de tórax

☐

 Descompressão torácica

☐

 Acesso venoso Scalp n°

☐

 Monitorização cardíaca

☒

 Colar cervical

☐

 Headblock

☒

 Prancha longa

☒

 Tirantes

☐

 KED

☐

 Acesso intraósseo

☒

 Imobilização de fraturas

☐

 Curativos

☐

 Parto vaginal

☐

 Cesárea de emergência

☐

 Imobilização de luxação

☐

 Outros:

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirone	2xg	EV	18:49				
Tilalil	40mg	EV	18:48				
RL	300mg	EV	18:47				

⑥ pares de luvas P, R, G
 ① e equipe macra
 ③ máscaras

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão moto x moto, LOTE, apresen-
 tando, fraturas nos dedos da mão ① +
 fratura exposta de fêmur ①, d 55VV preserva-
 do, ao RR, ao GT.

SAMU 192-BV

CONFERE COM

ORIGINAL

Em 06/10/19

Stephanie

RUBICA

Diane

Daiane Lopes Rodrigues
 Assinatura e carimbo do profissional
 COREN 00.000.000

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: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000002019-8

Nr. da Autenticação EF3EBD54D70F134F



Para contato
consulte o número
desta nota



Roraima Energia S.A.

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

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

Nº da Nota Fiscal 003238087

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	574	492,85

LUZIMAR FERNANDES DOS SANTOS

R. BRIG DO AR NERO MOURA 435 DR. SILVIO BOTELHO

CPF: 00074449583272

CEP: 69.314-490 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.18.121800

DADOS DA LEITURA		AVANT	AVAT	DADOS DA LEITURA	
Atual:	44846			Atual:	15/07/2019
Anterior:	44272			Anterior:	12/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	15/08/2019
Consumo Medido:	574			Emissão:	12/07/2019
Consumo Faturado:	574		FCAM	Apresentação:	15/07/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2835055	M 1420283	1.1.1.2	713

RESUMO DO CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 518	CONSUMO 574 A R\$ 0,764602 = 438,88
MAI/19 746	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,15
ABR/19 698	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 4,40
MAR/19 652	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 0,98
FEV/19 611	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,27
JAN/19 772	MULTA POR ATRASO 05/19-00 11,48
DEZ/18 755	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 4,78
NOV/18 760	ILUMINACAO PUBLICA 31,91
OUT/18 847	
SET/18 696	
TARIFA SEM TSEE	
0 A 574 - 0,854620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 457,62
Unidade consumidora avisada a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/07/2019. O não pagamento por 30 dias poderá resultar na inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO BF94.4DE7.9C43.6CE7.3304.2ACF.003F.DF4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	112,75	Base de Cálculo:	438,88
Energia:	239,11	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	74,60
Encargos:	12,42	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	74,60	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,72			14,00			1,12

DISTRITO

05/2019 244,76

ROT: 28.001.26.18.121800



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

SEU Codigo 0035969-6	TOTAL A PAGAR - R\$ 492,85
MES FATURADO 07/2019	VENCIMENTO 01/08/2019
Nº da Nota Fiscal: 003238087	FCAM

83640000004 5 92850075000 7 00000000035 6 96960719008 5



**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **REGINALDO ANDRADE DUARTE** inscrito(a) no CPF sob o nº **015.002.742-75** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **REGINALDO ANDRADE DUARTE** inscrito (a) no CPF sob nº **015.002.742-75**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

Boa Vista-RR, 02, 12, 19
Local e Data


Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Unidade de Saúde de Roraima - P.O. Box 11906
Av. Raimundo Ribeiro de Sá, 5799

Nome do Paciente: **RENATO DUARTE BEZERRA**
Data de Nascimento: **01/01/1991**
Sexo: **M**
Etnia: **BRANCO**
Religião: **CRISTÃO**
Profissão: **Carregador**
Endereço: **BOA VISTA - RR**
Cidade: **BOA VISTA**
UF: **RR**
CEP: **69000-000**
Telefone: **(95) 99164-6084**

Nome do Médico: **Dr. Jorge Barros Freitas**
Data de Atendimento: **19/07/2019**
Hora de Atendimento: **14:00**
Local de Atendimento: **CLÍNICA DE ATENDIMENTO À SAÚDE - SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Tipo de Atendimento: **URGÊNCIA**
Tipo de Consulta: **SAMU CAPITAL**
Procedimento: **Exame Físico**
Registração: **CLAUDECI RODRIGUES**

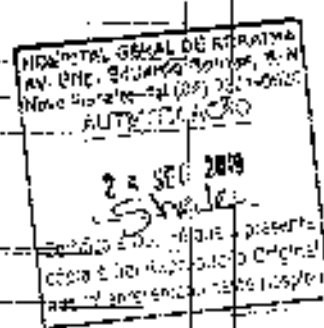
Assinatura do Paciente ou Responsável: **Antônio Moreira de Moraes**
Assinatura do Médico: **Dr. Jorge Barros Freitas**

Exames de Laboratório: **Exame Físico**
Exames de Imagem: **Exame Físico**
Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**

Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**
Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**

Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**
Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**

Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**
Exames de Diagnóstico: **Exame Físico**
Exames de Tratamento: **Exame Físico**



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084



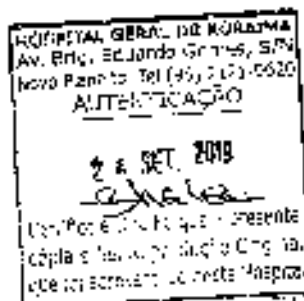
1. unta de l'home de polígramm 7200 cc. l'home
de mota

Off- l'home de l'home de l'home
Nalgafra l'home de l'home de l'home
H. l'home de l'home de l'home
D. l'home de l'home de l'home

20.45h

- ① 1000 ml S-F 0.9). E.V (rap. 30)
- ② l'home de l'home de l'home
- ③ l'home de l'home de l'home

Dr. Edmundo Okamoto
Médico Residência
Otorrinolaringologista
CRM. 140.000



altis: 26/03/19

INSTITUTO PARA EL DESARROLLO DE AUTOMATISMO
E INGENIERIA INDUSTRIAL

H. G. R.

146060

1528 J. Li et al.

10599 1545 RID

140 RD R R 09217190

RECUPERAÇÃO DA INTERMEDIÇÃO

Quantidade de livros de cada volume;
de poltrona para cada volume de cada

6 JUSTICE & PEACE
 [Signature]

H. J. Turner & Sons, London & New York

Exposto de fernus shen

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

751-2 7...78 59.176040 - 7 3.955470734

Dr. Ellen

610715

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

20-1	1 ACQUISITION OF TRANSITION
20-2	1 ACQUISITION OF TRANSITION
20-3	1 ACQUISITION OF TRANSITION

UNCLAS//NF
UNCLAS//NF

—
• 60: 217533
—

SALEM-77-200

~~SECRET~~

Dr. Edgar Soares
Ortopedia Traumatologia
CRM 122782

0908050624

322-7
V249



100-10-12142
SV-121°C-12 min
134°C-4 min
L-100-10-12142

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

NOME DO PACIENTE: Regina de Fátima

DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1935

ENDEREÇO: 100

TEL: 100

CEP: 100

DIAGNÓSTICO: Leucemia de células mieloide aguda

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

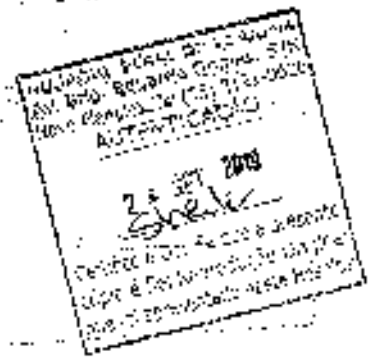
EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

EXAME DE URINA: 20

HOSPITAL GERAL DO ESTADO
RUA 154 - JARDIM GOV. ARANHA - SP
NOME: REGINA DE FÁTIMA
AUTENTICAÇÃO
24 SET 2019
Certifico e declaro que o presente
foi emitido em conformidade com o
que consta no prontuário do paciente.

Reginaldo Andrade
Monte



19.07.19

fratura exposta, fratura isolada
laterais, unguis de fratura exposta, fratura
longa
mesmo

AGROSSO OPERATORIO

URGIAO: Dr. Giles 1º SURTADO Dr. Octavio R.

ADJUDAR: Dr. Edmar Soares SUPPLEMENTAR

ADJILIFE: Dr. Edmar Soares ANESTESIA

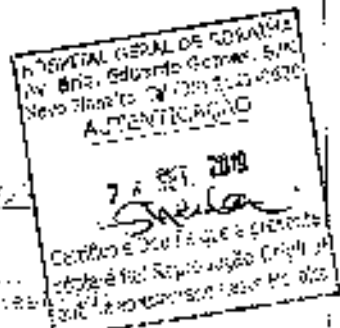
ANESTESIAS: ANESTÉSICO

INICIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D. 17.11. Sub anestesia
- 2) Inspeção e Antropometria
- 3) Abertura de campos estomatológicos
- 4) Lavagem mecânica submandibular com 10L de
- 5) Soro fisiológico 0.9%
- 6) Sutura do pele
- 7) Colocação de fratura - tração, tração
- 8) Contatos radiológicos
- 9) Curativos
- 10) R.P.A.

Dr. Odinachi Okonji
Médico
Dentista



HOSPITAL GERAL DE SOROCABA
R. Dr. Eduardo Gomes, 500
Nº 500 - Jd. São João - Sorocaba - SP

Integridade

Exatidão e segurança
1504132935

15.02.19

Regime de trabalho

Guilherme / Fabiano / Juliana

Endereço do material / Caminho

Hospital Geral de Sorocaba (GHS) - Empresa () - Endereço Administrativo

DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	VALOR
Item: 008544 Código: ATX 8 650 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X CX 4,5 X 200 X 1 Fab: 11/12/2018 Val: 12/2023 Registro Anvisa Nº 8083651026 Material ACID INOX F132 Lula Galberrini Sarcini & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. São Clara, 52 Fali: +55 14 3538-1910 info@lulagalberrini.com.br			
Item: 008445 Código: F08 3 200 SISTEMA DE TACACAO OSSIA SARTORI - LINEAR SEMIC - I 354 - ESTERIL Fab: 01/2019 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 80084650031 Material ACID INOX ALUMINIO Lula Galberrini Sarcini & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. São Clara, 52 Fali: +55 14 3538-1910 info@lulagalberrini.com.br			

Dr. Guilherme Sarcini
CRM: 1504132935
Especialista em Ortopedia

VALOR DO MATERIAL

15.02.19

Dr. J. H. B. B. B.

2155

150

[illegible]

STEFAN L. JOHNSON, *Ph.D., is Professor of Psychology and Director of the Center for the Study of the Mind at the University of Texas at Dallas.*

[illegible]

2000-2001

of the study. The authors conclude that the results of the study are consistent with the hypothesis that the use of a computer-based system for the management of a patient's care can improve the quality of care.

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 25, 177-182

Gracia, de los estudiantes (para el profesor)

1997

2010-2011

663-2109

CHLORINE, COPPER, IRON,
SILICO, ZINC

1980

P. 20100201A 15/04/2010
 03/04/2010 09:40:00
 03/04/2010 09:40:00

ATCUT PROTEIN CO. INC.

1000 400 100

6-10 (continued)

System (1990, 1993a, 1993b)

Accepted for publication 10 June 2005

173

⑤

1993, p. 2857.

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$05.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

0014-1801/96/0000-0000\$10.00/0

Dr. Rogério V. P. Dias
Médico
Ortodontista e Implantodontista
CRM 17264-SP - ORF. 114



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão 08

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 12/2013

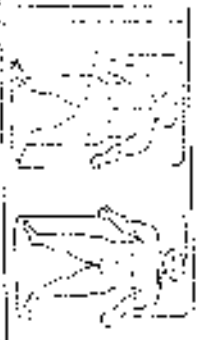
Tratamento de Feridas

Paciente: Reginaldo A. Duarte

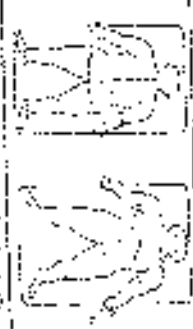
HGR

Leito: 204-1Data: 10/11/19

Localização

Região: MS-EGravidade: I II III IV V

Etiologia

☐ IPI ☐ IPII ☐ IPIII ☐ IPIV ☐ Queda ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Torsão ☐ Prolapso ☐ Infarto ☐ Isquemia
Região: MS-DGravidade: I II III IV V

Aparência do

☐ Normal ☐ Amarelado ☐ Escuro ☐ Cianótico ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Ferida aberta ☐ Curada

☐ Normal ☐ Amarelado ☐ Escuro ☐ Cianótico ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Ferida aberta ☐ Curada

Estado Periférico

☐ Normal ☐ Vascular ☐ Isquemia ☐ Rubor
☐ Curado ☐ Pericardite ☐ Seroso ☐ Sangüíneo ☐ Seco
☐ Purgado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco

☐ Normal ☐ Vascular ☐ Isquemia ☐ Rubor
☐ Curado ☐ Pericardite ☐ Seroso ☐ Sangüíneo ☐ Seco
☐ Purgado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco

Tipo de Exudado

☐ Nenhum

Quantidade de

☐ Escasso ☐ Médio ☐ Abundante

☐ Nenhum ☐ Escasso ☐ Médio ☐ Abundante

Localização

☐ Superfície ☐ Profunda ☐ Intensa ☐ Extensa

☐ Superfície ☐ Profunda ☐ Intensa ☐ Extensa

Características

☐ Serosa ☐ Sanguinolenta ☐ Purulenta ☐ Fibrinosa ☐ Hemorrágica

☐ Serosa ☐ Sanguinolenta ☐ Purulenta ☐ Fibrinosa ☐ Hemorrágica

Evolução

☐ Melhorando ☐ Estável ☐ Piorando

☐ Melhorando ☐ Estável ☐ Piorando

Observações que

Paciente em tratamento com Sulfadiazina 250mg e Clotrimazol 100mg.

Paciente em tratamento com Sulfadiazina 250mg e Clotrimazol 100mg.

Observações

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



DATA DE ADMISSÃO 19/07/2019

DN 01/01/1991

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

ALERGIAS: HAS SIM DM2 DATA 22/07/2019

IDADE: 28 PRESCRIÇÃO HORÁRIO

ITEM

DIETA ORAL LÍQUIDA

1 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN

2 LUPRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H

3 TRAMAL 100MG + SAL 0,5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

4 CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 150 E OU PAS > 110 MMHG

5 CIBAV 1000G 8/8H

6 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 8/8H

7 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

8 CURATIVO DIÁRIO

9 CILXANF 40MG SC 1X AO DIA

10 TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SIN

11 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H

12 TILATIL 20MG EV DE 12/12H

13 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, 401-450: 10UI E QU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, BIATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LIMPÍDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TALA POR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FLOGISTO.

ESQUEMA DE CONDUTA:

ESQUEMA DE CONDUTA DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS	SEM PREVENÇÃO	FR	T
6H	PA	FC	FR
10H	PA	FC	FR
18H	PA	FC	FR
24H	PA	FC	FR

Dr. Augusto Cavalcanti
CRM-RR 1564
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Verificar os dados administrativos em
diagnóstico C.P.M.

Número de Identificação em

Folha nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2014

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Reginaldo

A.

Cavale

ROR

Leito:

207-1

Data: 22/07/14

Exame

Região: P.T.D.

Gravidade: II (X) 8X

HISTÓRIA DO DOENTE: Queimadura térmica (100%) - Vasoção

Tratado: Tratado com pomada - parafarmácia

Fatores: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Região: P.S.E.

Gravidade: II (X) 8X

HISTÓRIA DO DOENTE: Queimadura térmica (100%) - Vasoção

Tratado: Tratado com pomada - parafarmácia

Fatores: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação

Tratado: Anestesia (100%) - Antibiótico (100%) - Hidratação



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



DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: NENHUMA
IDADE: 28
ITEM: 1
PRESCRIÇÃO: 23/07/2019
HORÁRIO: 14:00

1	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
2	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
3	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
4	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
5	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
6	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
7	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
8	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
9	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
10	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
11	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
12	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
13	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
14	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
15	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
16	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
17	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
18	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
19	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
20	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
21	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
22	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
23	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
24	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
25	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
26	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
27	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
28	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
29	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN
30	PARALIN 100MG	EV 8/8/12H	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUILHAS ALOCAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA BEM A DISTA.
EXAME FÍSICO: BFG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLRRI, EUPNEICO, NORMOGLUCADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FLOGOSE.

EXAMINADO E CONDUZIDO:

SINAIS VITAIS	6 H	12 H	18 H	24 H
PA	120/70	120/70	120/70	120/70
FC	70	70	70	70
FR	16	16	16	16
36				
36.3				
90				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residência de Ortopedia e Traumatologia

12h Paciente estável no leito, medicações administradas c.p.m., sem queixas durante o plantão de plantão.

08:00 h
PA: 120 x 70
FC: 73
T: 36.0

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residência de Ortopedia e Traumatologia

24/07/19
05:00
Cefaleia



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo 1

Paciente:

Reginaldo A. Duarte

Leito: 237-I

Versão: 08

Data: 23/02/14

Localização		Região: MID		Região:	
		Grau: I () II (x) III () IV () V () () PP () III IV () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma () Fratura () Fim de membro () Xeroderma () Outros:			
Etiologia: () Outros: () Neoplasia Amarelada/Negra () Esfuerzo () Clamato () Epitelização () Ferida Fechada () Drenos Sonda () Outros: () Normal () Macerado () Seca () Mieloma / Rubor		() Outros: () Neoplasia Amarelada/Negra () Esfuerzo () Clamato () Epitelização () Ferida Fechada () Drenos Sonda () Outros: () Normal () Macerado () Seca () Mieloma / Rubor		() Outros: () Neoplasia Amarelada/Negra () Esfuerzo () Clamato () Epitelização () Ferida Fechada () Drenos Sonda () Outros: () Normal () Macerado () Seca () Mieloma / Rubor	
Tipo de Lesão:		() Puntiforme () Serosa (x) Sanguinolenta () Serosanguinolenta () Seca () Furo:		() Puntiforme () Serosa () Sanguinolenta () Serosanguinolenta () Seca () Furo:	
Quantidade de:		(x) Molhado () Algodão () Seco (x) Soro fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% (x) Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidroge () Outros:		() Molhado () Algodão () Seco () Soro fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidroge () Outros:	
Tratamento: (x) DIÁDIA () DIÁDIA () DIÁDIA		(x) DIÁDIA () DIÁDIA () DIÁDIA		(x) DIÁDIA () DIÁDIA () DIÁDIA	
Verificação de: () Sinal de () Sinal de		() Sinal de () Sinal de		() Sinal de () Sinal de	
Observações: () Sinal de () Sinal de		() Sinal de () Sinal de		() Sinal de () Sinal de	



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
 Solicitação: 20110721 Número lateral:
 Origem: HC
 Data de emissão: 2011/2011/2340

Sexo: Masculino
 Solicitante:
 Setor: 310000
 Reembolso:

Nasc: 01/01/1981

Idade: 28 ANO

Leito: 207-1

Resultado de Exame:

Análise: 2011/2011/

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: D. ABMA
 Metodologia: MS: Autoanálise (Jelly-Plus)
 TEMPO DE PROTHROMBINA
 RM
 TEMPO DE FIBRINOLITINA NATURAL ATIVA
 RATIO

Resultado
 12,60 seg
 0,90
 31,00 seg
 1,14

Referência
 10,0 - 14,0 seg
 0,8 - 1,2
 2,0 - 5,0 seg
 0,75 - 1,25

Notas
 O Núcleo de Laboratório fornece todos os serviços de rotina de exames de coagulação, porém, por questões técnicas, não pode garantir a etapa de reanálise.
 Quando as coletas não foram realizadas corretamente, não se deve considerar os resultados, pois não correspondem com a rotina do paciente.

Dr. Reginaldo Duarte
 Médico
 CRM 10000

Responsável Técnico: Reginaldo Duarte Duarte - Hospital de Referência - R. 1000
 Uma Unidade de Saúde, mediante autorização

2011/2011/2011

Assinatura
 Reginaldo Duarte

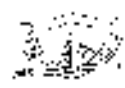
Dr. Reginaldo Duarte Duarte - R. 1000
 Hospital de Referência - R. 1000
 Uma Unidade de Saúde, mediante autorização

2011/2011/2011

SESAU



GOVERNO DE PERNAMBUCO



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte	Sexo: Masculino	Nasc: 01/01/1971	Idade: 28/ANOS
Solicitação: 20113121	Solicitante:	Leito: 2074	
Origem: MS	Setor: 31000	Procedimento:	
Data de Entrada: 07/07/2012 14:40	Resultado de Exame:		

Amostra: **2011342164**

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: **CDRO**
 Metodologia: **MSA - Imunocromatográfico**

Resultado:
Não Reagente

Referência:
NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO 01

**AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA
 INFECÇÃO PELO HIV**

AMOSTRA NÃO REAGENTE

CONCLUSÃO 01

Notas

Este estudo tem por objetivo avaliar a eficácia do teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV, aprovado pela Portaria nº 25 do Ministério da Saúde de 2010.

A pesquisa foi realizada em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes.

O resultado do teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi **NÃO REAGENTE**, o que indica a ausência de infecção pelo HIV. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes.

Resposta **REAGENTE** para infecção pelo HIV no TR 01. A **NÃO REAGENTE** no TR não possui valor diagnóstico. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes.

Quando a resposta for **REAGENTE**, o paciente deve ser encaminhado para a realização de testes de confirmação. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes.

Quando a resposta for **NÃO REAGENTE**, o paciente deve ser encaminhado para a realização de testes de confirmação. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes.

Nas exceções, quando a resposta for **REAGENTE**, o paciente deve ser encaminhado para a realização de testes de confirmação. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos participantes.

Dr. Carlos Roberto
 Assessor
 CRF nº 1552

Dr. Roberto
 Assessor

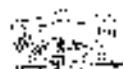
Região de Saúde de São Paulo - São Paulo, 07/07/2012
 CRF nº 1552 - Assessor de Saúde

Assessor de Saúde

Assessor

GOVERNO DO MATO GROSSO DO SUL

Assessor de Saúde
 Assessor de Saúde
 Assessor de Saúde
 Assessor de Saúde



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Sexo: Masculino

Nasc: 11/07/1994

Idade: 28 ANOS

Solicitação: 201134700 Número Interno:

Solicitante:

Leito: 207-1

Origem: I OR

Seror: HEMOC E

Remetente:

Data de Emissão: 23/07/2019 20:45

Resultado de Exame:

Análise: 201134700

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: VET Autoanalisador SBA20

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

Resultado

Referência

$7.17 \times 10^9/\mu\text{L}$

$4.0 - 10.0 \times 10^9/\mu\text{L}$

68.50 %

50.0 - 70.0 %

NEUTRÓFILOS

20.70 %

20.0 - 40.0 %

LINFÓCITOS

4.50 %

20.0 - 40.0 %

MONÓCITOS

5.50 %

2.0 - 8.0 %

EOSINÓFILOS

0.70 %

0.0 - 5.0 %

BASÓFILOS

ERITROGRAMA

$1.95 \times 10^{12}/\mu\text{L}$

$4.00 - 5.50 \times 10^{12}/\mu\text{L}$

ERITRÓCITOS

5.70 g/dL

13.0 - 18.0 g/dL

HEMOGLOBINA

17.30 %

40.0 - 50.0 %

HEMATÓCRITO

89.40 u/g

87.0 - 103.0 u/g

MCV

20.50 pL

27.0 - 34.0 pL

MCH

33.00 g/dL

32.0 - 37.0 g/dL

MCHC

11.90 %

11.0 - 16.0 %

RDW CV

49.50 %

35.0 - 56.0 %

RDW SD

PLAQUETÓGRAMA

$94.00 \times 10^9/\mu\text{L}$

$100.0 - 400.0 \times 10^9/\mu\text{L}$

PLAQUETAS

10.90 fL

0.5 - 12.0 fL

MPV

17.30

9.0 - 17.0

ADP

0.102 %

1.00 - 2.00 %

PCT

Reginaldo Andrade Duarte
Data: 23/07/2019
20:45:45

Resposta: 2019-07-23 20:45:45
Data de emissão: 23/07/2019 20:45:45

2019-07-23 20:45:45

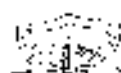
Reginaldo
Página: 1/1

LABORATÓRIO
DE ANÁLISES CLÍNICAS

RESERVA

GOVERNO
DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
RUA DO COMÉRCIO, 100 - JARDIM
BOA VISTA - RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20040-000



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Solicitação: 2017-1001

Número Interno:

Origem: LDC

Data de Emissão: 2017-10-10 às 14h

Sexo: Masculino

Solteiro

Setor: B-0000

Recepimento:

Nasc: 21/07/1961

Idade: 56 Anos

Letra: 207-4

Resultado do Exame

Resultado do Exame
Demanda
Código: 1001-001

Requerente: Instituto de Diagnóstico e Referência Epidemiológica - IDRE - PR-177
Data: 2017-10-10 às 14h

2017-10-10

Classificação
Data: 2017-10-10

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 13/07/2019 DN 07/07/1991

PACIENTE RONALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS: 28 HAS LENTO SIM 287.4 DM2 DATA 24/07/2019
IDADE 28 PRESCRIÇÃO HÓRARIO

1. DOR AGRUADA LIVRE
7. METILCOLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN
8. DORICOL 500MG LV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H
8. PARAL 100MG + 500.0% 100ML EV DA 8/8H SE DOR INTENSA
10. CAROPRIL 25 MG VO SE PAS > 180 FOL PAS > 10 MMHG
11. EGAR 1.000G 8/8H
12. CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 8/8H
13. OMLPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
14. CURATIVO DIÁRIO
15. DILXANE 400G 8/8H AO DIA
16. TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN
17. CIPROFLOXACINO 400MG LV OU 500MG VO DL 12/12H
18. TRAMAL 20MG LV DE 12/12H
20. SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200/150/20U/25U/20U/40U/30U/350/80U
35U/40U/80U/40U/10U E QL GLICOSE < 70 DUAL GLICOSE
10% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE,
COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA SEM A
DIETA.

ALXAN E HÍGIDO: BEO, ADIANÓTICO, ANELTÍCIDO, AFEBRIL, SUPRÍCIDO,
NORMOLORADO, HODRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PAIPÁVEIS, EMI UNO DE
FIXADOS, BANSATÍCIDO, SEM SINAIS DE FLOCOS.

1. SOLICITADO: 1. CONTINUA

SINAIS VITAIS	PR	FC	FR	TT
12 H	120/80	11	22	36.5
18 H	110/70	10	21	36
24 H	110/70	87	-	36

Dr. Augusto Cavalcante
CRM: 13464
Residente em Ortopedia e
Traumatologia

066. PA 180x90
P. 78
T. 35.9°C

Prescrição de
medicamentos
para o paciente
de acordo com a
prescrição.

Assinatura do
Médico

Dr. Cláudio de Almeida
do Nascimento
Ass. Méd. 12/13
Ass. Méd. 12/13

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

DIH 19/07/2019 DN 51/01/1991

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE: RONALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTICADA: EXOSTOIA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS: HAS SIM DN2 25/07/2019

IDADE: 28 LEITO: 207-1 DATA: HORÁRIO

ITEM: PRESCRIÇÃO

DIETA ORAL COMUM

1. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV 8/8H SN

2. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

3. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

4. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

5. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

6. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

7. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

8. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

9. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

10. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

11. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

12. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

13. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

14. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

15. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

16. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

17. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

18. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

19. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

20. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

21. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

22. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

23. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

24. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

25. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

26. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

27. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

28. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

29. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

30. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

31. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

32. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

33. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

34. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

35. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

36. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

37. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

38. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

39. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

40. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

41. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

42. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

43. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

44. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

45. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

46. DIFLOCLORAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONHECIDO PACIENTE, DEIXADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, CONTACIUAANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA SEM A DIETA.

EXAM. FISCO: BLO, ACANÓTICO, AMIC FRILO, AFEBRIL, SUPNEICO, NORMOCORADO, HEMATÓTICO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE PRADOTAXASABICULAS D, SEM SINAIS DE GLOBOSE

RESOLUÇÃO: CONDIÇÃO

SINAIS VITAIS	TEMPERATURA	PULSO	FR	FR
12 H	36,5	72	20	20
18 H	36,5	72	20	20
24 H	36,5	72	20	20

Dr. Augusto Cavalcante
CRM 19.1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

17:30h. Exame R U P. 19.2
D. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.
Exame R U P. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.
Exame R U P. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.
Exame R U P. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.

Dr. Pedro Giovanni
CRM 19.1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo

Paciente:

Leito: 209-1

Versão: 01/8

Folha 01 de 02

Data: 25-07-19

Reginaldo A. Duarte

Localização		Região		
Descrição	☒ Ulceras ☐ Queimaduras ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Injeção ☐ Fissão Externa ☐ Intoxicação	☐ Ulceras ☐ Queimaduras ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Injeção ☐ Fissão Externa ☐ Intoxicação	☐ Ulceras ☐ Queimaduras ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Injeção ☐ Fissão Externa ☐ Intoxicação	
Apresentação	☐ Normal ☐ Amarelado/Verde ☐ Escurecido ☐ Epitelizado ☒ Perda Seca ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros	☐ Normal ☐ Amarelado/Verde ☐ Escurecido ☐ Epitelizado ☒ Perda Seca ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros	☐ Normal ☐ Amarelado/Verde ☐ Escurecido ☐ Epitelizado ☒ Perda Seca ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros	
Processamento	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco
Tipos de Ferimento	☐ Corte ☐ Perfuração ☐ Contusão ☐ Queimadura ☐ Eletrocutão ☐ Laceração ☐ Escoriação ☐ Abrasão ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Edema ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão	☐ Corte ☐ Perfuração ☐ Contusão ☐ Queimadura ☐ Eletrocutão ☐ Laceração ☐ Escoriação ☐ Abrasão ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Edema ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão	☐ Corte ☐ Perfuração ☐ Contusão ☐ Queimadura ☐ Eletrocutão ☐ Laceração ☐ Escoriação ☐ Abrasão ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Edema ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão	☐ Corte ☐ Perfuração ☐ Contusão ☐ Queimadura ☐ Eletrocutão ☐ Laceração ☐ Escoriação ☐ Abrasão ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Edema ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão ☐ Fissão
Quantidade de	☒ Molhado ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Seco
Exatidão	☐ 0,5% ☒ 1% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10%	☐ 0,5% ☒ 1% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10%	☐ 0,5% ☒ 1% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10%	☐ 0,5% ☒ 1% ☐ 2% ☐ 3% ☐ 4% ☐ 5% ☐ 6% ☐ 7% ☐ 8% ☐ 9% ☐ 10%
Tratamento	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco
Indicação	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco	☐ Curativo ☐ Paralelo ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco
Observações	() 12/12 () 48/48h () 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h () 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h () 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h () 12/12 () 48/48h

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019 DIH: 19/07/2019 DN: 01/01/1991

PACIENTE: **REGINALDO ANDRADE DUARTE**

ACONDIST: **FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D**

ALERGIA: HAS SIM DM2
 IDADE: 28 LEITO 207 DATA: 27/07/2019
 ITEM: PRESCRIÇÃO HORARIO

7	DIETA ORAL LIVRE	
8	PARACETAMOL 1000MG EV 8/8H 5/6	
9	DIETONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H 5/6	
10	TRAMAL 100MG + SC 0,8% 100ML EV DE 8/8H SL DOR INTENSA	
11	CAPTAPRIL 25mg VO SL PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SBV - CCGG 5/6 H	
13	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DL 8/8H	
14	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	TRAMAL 100MG VO DL 8/8H 5/6	
18	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO DL 12/12H	
19		
20	SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200 250 300 350 400 450 500 550 600 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 500 400 300 200 100 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 500 400 300 200 100 0 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NCONTO PACIENTE: ORTADO NO LITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE,
 COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA BEM A
 DITA.

EXAME FÍSICO: BFG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRI, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE
 FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SÍMPTOMAS: # CONDUITA:

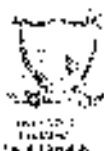
PROGRAMAÇÃO DE CIRCULÇÃO			
SINAR PLATS	PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO	FR
04 H	PA	FC	
12 H	100/60	84	36°C
18 H	130/90	78	36,1°C
24 H	110/65	84	36,2°C
07 H	108/60	75	36°C

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RN 1964
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RN 1964

Dr. Pedro Di Oliveira
 CRM-RN 1964

Tratado por
 Dr. Augusto Cavalcante



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH		19/07/2019		DN	01/01/1991	
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE						
AGNOSTO	FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D						
ALERGIAS							
IDADE	28	SEXO	M	DATA	28/07/2019		
FORMA	PRESCRIÇÃO						
1	DELTA ORAL VRL						5/1/2
2	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 8/8H 3X						5/1/2
3	DIPYRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H 3X						5/1/2
4	TRAMAL 100MG + RFG 0,5% 100ML LV DE 8/8H SL DOR INTENSA						5/1/2
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS + 180 F OU PAD > 110 MMHG						5/1/2
6	SSVV + COGO 8/8H						5/1/2
7	CLINDAMICINA 600MG LV O. VO DE 8/8H						5/1/2
8	OMEFRAZOL 40MG VO 1X AO DIA						5/1/2
9	CURATIVO DIÁRIO						5/1/2
10	CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA						5/1/2
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H 3X						5/1/2
12	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/2H						5/1/2
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 20-30-30-30; 25-30-30-30; 40-30-30-30; 60-30-30-30; 25-40-30-30; 40-30-30-30; 10-10-10-10 OU 30-30-30-30; 40-30-30-30; GLICOSE 80% 40 MG EV - AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTROU PACIENTE DEitado NO LITÃO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE,
COM QLEIRAS FALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACFITA BEM A
DIFTA.

EXAME FÍSICO: RFG, ACANÓTICO, ANTERIOCO, APBIL, EUPNEIA,
NORMOTÉRMICO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE
FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

4 SOLICITADO: 4 CONDIÇÕES:

Dr. Elmer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

PROGRAMA DE CIL E ENERGIA				
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	PR
6 H	120/80	79	-	36
12 H	110/70	68	-	36
18 H	120/80	84	-	36-38

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

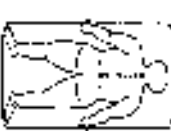
HGR

Paciente:

Roginaldo A. Duarte

Leito: 207-1

Data: 28/04/19

Localização	 	Região: <u>na S.D.</u>	 	Região: _____
Fisiologia	☐ ILPP I II III IV * ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DDM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fissão Externa ☐ Jactura ☐ Outros: _____	Grau: I (☒) II (☒)	☐ ILPP I II III IV * ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DDM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fissão Externa ☐ Jactura ☐ Outros: _____	Grau: I () II ()
Apresentação do Leito	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarola ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Fritena / Rubor ☐ Outros: _____	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarola ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritena / Rubor ☐ Outros: _____	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarola ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritena / Rubor ☐ Outros: _____	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarola ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Drenagem Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritena / Rubor ☐ Outros: _____
Peça Profissional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Soro sanguineo ☐ Seco ☐ Outros: _____	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Soro sanguineo ☐ Seco ☐ Outros: _____	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Soro sanguineo ☐ Seco ☐ Outros: _____	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Soro sanguineo ☐ Seco ☐ Outros: _____
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Limbo ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Limbo ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Limbo ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Limbo ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outros: _____
Procedimento	☒ Diário ☐ 48/48h	☐ Diário ☐ 48/48h	☐ Diário ☐ 48/48h	☐ Diário ☐ 48/48h
Observações	 Bruna Maria de Jesus Enfermeira CREA-RR 000157			

208-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
29/07/2019		19/07/2019		01/01/1991	
PACIENTE REGINALDO DO ANDRADE DUARTE					
DIAGNÓSTICO X LAPOSTA DE FEMUR DISTAL D					
IDADE		HAS		SIM	
25		LEITO		2424	
UF		PRÉSCRIÇÃO		UMZ	
RR				DATA	
				29/07/2019	
					HORÁRIO
1. DITA ORAL TIVRE					SV
2. NITROGLICERINA 10MG LV 2-8 H SN					SV
3. NITROGLICERINA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6-8 H SN					SV
4. TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8-8 H SN DOR INTENSA					SV
5. CARBOPEN 50 mg VO 8L PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SV
6. SSMV - 0000 5/6 H					SV
7. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6-8 H					SV
8. CLOMIPRAMINA 40MG VO 1X AO DIA					SV
9. CURATIVO DIÁRIO					SV
10. CLEXANL 40MG EV 1X AO DIA					SV
11. TRAMAL 100MG VO DE 8-8 H SN					SV
12. CLEXANL 40MG EV OU 500MG VO DE 12/12 H					SV
13. SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE < 170 DL/M, GLICOSE > 200% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					SV
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COM INTERAÇÃO, COM REAÇÕES ALÉRGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMACIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1. EXAM. FÍSICO: SBC, ACARDÍACO, ANICTÉRICO, AFÉRRIL, LIMPÍDICO, EUDÓICO, H.D. A. A. D., PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, LIM. USO DL. FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.					
SINAIS VITAIS 4 COND. 7:					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	135/75	90	16		
18 H	135/75	90	16		
24 H	135/75	90	16		
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

208-2

P

22/07/19: 135/75
FC = 80 TC = 36.5°
Hb 5.7 g/dL com hemodiluição, com
transfusão de concentrado de hemácias.

Obs: Não tem o 1º dose
(VO e EV) na farmácia
recomenda

SEM EFEITO

13/08/19: Paciente tem a dor na articulação do ombro direito, com
limitação de movimento, com dor constante, com
dor à noite, com dor ao acordar, com dor ao levantar-se.



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Resinaldo Barbosa Alente

Leito: 208-2

Data: 29/07/2019

Localização



Região: M.S.D.

Grau: I () II (X)

Etiologia

- () PP I II III IV 7º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração X Fissão Externo X Artropatia
 () Outro:



Região: M.S.D.

Grau: I (X) II ()

- () PP I II III IV 7º () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração X Fissão Externo () Artropatia
 () Outro:

Apresentação do

Leito

- () Necrose Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização
 (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

- () Necrose Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização
 (X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Tela profissional

- (X) Normal () Maltratado () Seca () Blisters / Bolhas
 () Outro:

- (X) Normal () Maltratado () Seca () Eritema / Rubor
 () Outro:

Tipo de Exsudato

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco
 () Outro:

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo (X) Seco
 () Outro:

Quantidade de

Exsudato

- () Molhado (X) Úmido () Seco

- () Molhado () Úmido (X) Seco

Solução de

Impermeabilização

- (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

- (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura

primária

- () Caze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

- () Caze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Procedimento

() H2O2

(X) Diário () 4x/dia

() H2O2

(X) Diário () 4x/dia

Profissional que

realizou

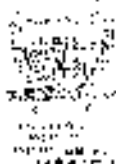
Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

Enfermeira

Observações



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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 19/07/2019 DN: 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNÓSTICO EX-EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA: _____ IDADE: 28 ANOS UNAS: _____ S/N: _____ DM2: _____ LEITO: 208-2 DATA: 31/07/2019

PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	MECLOCLORAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
3	DIPYRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	SN 12-24
4	TRAMAL 100MG + SF0,5% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	ISSIV + COGG 6/6 H	SN
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H S/N	SN
8	AMPEFENOL 40MG VO 1X AO DIA	SN
9	CURATIVO DIÁRIO	SN
10	CLEANE 40MG SC 1X AO DIA	SN
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

48H COM O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACUANTE, COM QUAIS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACEITA SEM A DIETA. DIA 19/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA DOAÇÃO QUE ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HS DE 8.1.

PAIXÃO FAZENDO O USO, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FLUENTÍCO, HEMODINÁMICO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DO FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS E CONDUTA				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6H	PA	FE	FR		
6H	110/70	72	12	35,6	
12H	110/70	72	12	36,2	
18H	110/70	72	12	36,2	
24H	110/70	72	12	36,2	

20h 120/80 x 72
 21h 120/80 x 72
 22h 120/80 x 72
 23h 120/80 x 72
 24h 120/80 x 72
 25h 120/80 x 72
 26h 120/80 x 72
 27h 120/80 x 72
 28h 120/80 x 72
 29h 120/80 x 72
 30h 120/80 x 72
 31h 120/80 x 72
 32h 120/80 x 72
 33h 120/80 x 72
 34h 120/80 x 72
 35h 120/80 x 72
 36h 120/80 x 72
 37h 120/80 x 72
 38h 120/80 x 72
 39h 120/80 x 72
 40h 120/80 x 72
 41h 120/80 x 72
 42h 120/80 x 72
 43h 120/80 x 72
 44h 120/80 x 72
 45h 120/80 x 72
 46h 120/80 x 72
 47h 120/80 x 72
 48h 120/80 x 72
 49h 120/80 x 72
 50h 120/80 x 72
 51h 120/80 x 72
 52h 120/80 x 72
 53h 120/80 x 72
 54h 120/80 x 72
 55h 120/80 x 72
 56h 120/80 x 72
 57h 120/80 x 72
 58h 120/80 x 72
 59h 120/80 x 72
 60h 120/80 x 72
 61h 120/80 x 72
 62h 120/80 x 72
 63h 120/80 x 72
 64h 120/80 x 72
 65h 120/80 x 72
 66h 120/80 x 72
 67h 120/80 x 72
 68h 120/80 x 72
 69h 120/80 x 72
 70h 120/80 x 72
 71h 120/80 x 72
 72h 120/80 x 72
 73h 120/80 x 72
 74h 120/80 x 72
 75h 120/80 x 72
 76h 120/80 x 72
 77h 120/80 x 72
 78h 120/80 x 72
 79h 120/80 x 72
 80h 120/80 x 72
 81h 120/80 x 72
 82h 120/80 x 72
 83h 120/80 x 72
 84h 120/80 x 72
 85h 120/80 x 72
 86h 120/80 x 72
 87h 120/80 x 72
 88h 120/80 x 72
 89h 120/80 x 72
 90h 120/80 x 72
 91h 120/80 x 72
 92h 120/80 x 72
 93h 120/80 x 72
 94h 120/80 x 72
 95h 120/80 x 72
 96h 120/80 x 72
 97h 120/80 x 72
 98h 120/80 x 72
 99h 120/80 x 72
 100h 120/80 x 72



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



DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019 DIH: 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTIAX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS: HAS SIM DM2

IDADE: 25 I FITO: 208-2 DATA: 01/08/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	ANESTESIA GERAL IVRL	SN/D
2	MEFENAMIDA 10MG EV 8/8H SIN	SN
3	DIPRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H SN	SN
4	TRAMAL 100MG SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVM + CCCC 8/8 H	APROPRIO REALIZAR
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
8	DIETAS 30% 40MG VO 1X AO DIA	66%
9	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
10	CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA	66%
11	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	RETIRAR
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO I FITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUITAS MÚSCULAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 02/08/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁTIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,5.

EXAME FÍSICO: HF+, ACIANOTICO, AMICTÉRICO, AFEBRIL, LUP-NEICO, HÍGADO ENGRANDECIDO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FOLADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS	2 CONDIÇÃO				
6 H	PA: 135/85	FR: 18			
12 H	PA: 135/85	FR: 18			
18 H	PA: 135/85	FR: 18			
24 H	PA: 135/85	FR: 18			

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

10 H: 135/85 / PA: 85/69

Dr. Brucianete referindo algum
minuto de dor no membro inferior direito.
TR: 18

208



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019
DIH: 19/07/2019
DN: 01/01/1991

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

DATA	HAS	SIM	DM?	DATA
28	LEITO	208-2		02/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL - VER			SW
2	MILFLOXETIMIDA 100MG EV 8/8H SN			SW
3	DIPLOKONA 500MG EV OU 43 GOTAS VO DL 6/6 H SN			SW
4	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SW
5	GARTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG			SW
6	SSVM + CCGG 6/6 H			Am. 18h
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN			SW
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			SW
9	CURATIVO DIÁRIO			SW
10	CELEXANF 40MG SC 1X AO DIA			SW
11	RETRAIAR OS PONTOS DA MÃO E DA PLANA			SW
12				SW
13				SW
14				SW
15				SW
16				SW
17				SW
18				SW
19				SW
20				SW
21				SW
22				SW
23				SW
24				SW
25				SW
26				SW
27				SW
28				SW

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALÉRGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 04/08/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 7.1.
EXAME FÍSICO: BCG, ACANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, FLUPNICO, PROCCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRATOR (TRANSARTICULAR D), SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITAÇÃO E CONDUZIDA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TM
08h	134/75	70	-	36.2
12h	134/75	70	-	36.2
18h	134/75	70	-	36.2
24h	134/75	70	-	36.2

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1964

[illegible]

24/12/2023

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		18/07/2019		DN 01/01/1991
PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE					
AGNOSTIA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D					
ALERGIA	HAS		SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	03/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DORALIDRE				SN
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
3	DIPLONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/8H S/N				SN 14:30
4	INAMIN 100MG + SFC 5% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA				SD
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAS > 110 MMHG				SU
6	NSIV + CCGG 6/6 H				18:30
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N				SN
8	DOLIPRA 370L 40MG VO 1X AO DIA				SN
9	CURATIVO DIABID				Diabético
10	OLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				Diabético
11	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA				Diabético
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80), CONFORME ESQUEMA: 200-250 20U; 251-300 40U; 301-350 60U; 351-400 80U; > 400 10 UI E GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RIATIVO, CONTACTUANTE, COM RESPOSTAS ADEQUADAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HLMÁCIAS, NA QUANTIDADE DE 113 ENCONTRA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1

#EXAME FÍSICO: BLS, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFERRIL, FUPNLICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS

CONDIÇÃO	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO
18.0	132/99	78	77	3.3
18.4	132/99	78	77	3.3
24.0	132/99	78	77	3.3

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Luciana C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM-RR 14272

22:35h Pac.
Lado, Lado, Com
Lado, Lado, Com
Lado, Lado, Com
Lado, Lado, Com
Lado, Lado, Com

RECIBO DE RECEBIMENTO
CRM-RR 1964-TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019 DN: 01/01/1991

PACIENTE: RESINALDO ANDRADE DUARTE

AGRESSÃO EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA:

RAS: SIM

1362

IDADE: 28

LEITO: 208-2

DATA:

04/08/2019

TOM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA COMUM

SU

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

SU

3 EMPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N

SU

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

SU

5 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG

SU

6 SSIV + CCG 3/3 U

SU

7 TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N

SU

8 CEFTRIAXON 1G VO 1X AO DIA

SU

9 ELURATIVO DIÁRIO

SU

10 CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA

SU

11

SU

12

SU

13

SU

14

SU

15

SU

16

SU

17

SU

18

SU

19

SU

20

SU

21

SU

22

SU

23

SU

24

SU

25

SU

26

SU

27

SU

28

SU

29

SU

30

SU

31

SU

32

SU

33

SU

34

SU

35

SU

36

SU

37

SU

38

SU

39

SU

40

SU

41

SU

42

SU

43

SU

44

SU

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO. CONTACTANTE, COM QUEIXAS NÓCICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BLM A INFUSÃO DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1

#EXAME FÍSICO: BEG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HÍGIDO, HÍGIDO, HÍGIDO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE

SINAIS VITAIS / CONDIÇÃO

6 H	PA	FC	FR
12 H	120/80	70	18
18 H	120/80	70	18
24 H	120/80	70	18

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

06:00h 120/80 70 18 35.4

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n.º 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Reginaldo Andrade Junior

Leito: 308-3

Data: 04 / 08 / 2019

Localização		Região: <u>Coxa Esq.</u>		Região: <u>Coxa Esq.</u>
Etiologia	☐ MEF ☐ IF ☐ IV ☒ () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular ☐ Trauma: <u>Tricão</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia ☐ Outro:	Grau: <u>1 ()</u> <u>II ()</u> ☐ MEF ☐ IF ☐ IV ☒ () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular ☐ Trauma: <u>Tricão</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia ☐ Outro:	Grau: <u>1 ()</u> <u>II ()</u> ☐ MEF ☐ IF ☐ IV ☒ () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular ☐ Trauma: <u>Tricão</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia ☐ Outro:	Grau: <u>1 ()</u> <u>II ()</u> ☐ MEF ☐ IF ☐ IV ☒ () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular ☐ Trauma: <u>Tricão</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia ☐ Outro:
Apresentação de ferida	☐ Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização ☐ Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros ☐ Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização ☐ Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros ☐ Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização ☐ Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros ☐ Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização ☐ Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros ☐ Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor ☐ Outro:
Tempo de Exsudação	☐ Paralelo () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro:	☐ Paralelo () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro:	☐ Paralelo () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro:	☐ Paralelo () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado () Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado () Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado () Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado () Úmido ☐ Seco ☐ Outro:
Solução de limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro:
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro:
Tempo	☐ 12/24 () 24/48h ☐ 48/72h	☐ 12/24 () 24/48h ☐ 48/72h	☐ 12/24 () 24/48h ☐ 48/72h	☐ 12/24 () 24/48h ☐ 48/72h
Profissional que realizou	<u>Enfermeira</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Enfermeira</u>	<u>Enfermeira</u>
Observações	ferida de 10x10cm na coxa esquerda e 10x10cm na coxa direita, com bordas bem definidas e fundo vermelho vivo.			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Prescrição Médica



DATA DE EMISSÃO: _____ DIH: 10/07/2018 DN: 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTIFEX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA: _____ HAS: _____ SIM: _____ DM2: _____
 IDADE: 26 (FETO) 208-2 DATA: 05/06/2018

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1. DIETA ORAL LIVRE SN

2. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N SN

3. DIFENIDOL 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN SN

4. TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 2/8H SE DOR INTENSA SN

5. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS + TSC E OU PAD + 110 MMHG SN

6. 33VV + 0000 8/8 H SN

7. TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN SN

8. OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA SN

9. CURATIVO DIÁRIO SN

10. CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA SN

11. _____ SN

12. _____ SN

13. _____ SN

14. _____ SN

15. _____ SN

16. _____ SN

17. _____ SN

18. _____ SN

19. _____ SN

20. _____ SN

21. _____ SN

22. _____ SN

23. _____ SN

24. _____ SN

25. _____ SN

26. _____ SN

27. _____ SN

28. _____ SN

29. _____ SN

30. _____ SN

31. _____ SN

32. _____ SN

33. _____ SN

34. _____ SN

35. _____ SN

36. _____ SN

37. _____ SN

38. _____ SN

39. _____ SN

40. _____ SN

41. _____ SN

42. _____ SN

43. _____ SN

44. _____ SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

45. ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ADEQUADA DIETA DIA DIA 26/7/18 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1.

46. EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTERÍCO, AFEFRIL, EUPNEICO, INDEBILITADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS / CONDIÇÃO

6 H	PA	FC	FR
12 H	122/70	72	20
18 H	122/70	72	20
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM RR 1564
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

26/07/2018 10:35
 Dr. Augusto Cavalcante
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

26/07/2018 10:35
 Dr. Augusto Cavalcante
 Residente de Ortopedia e Traumatologia





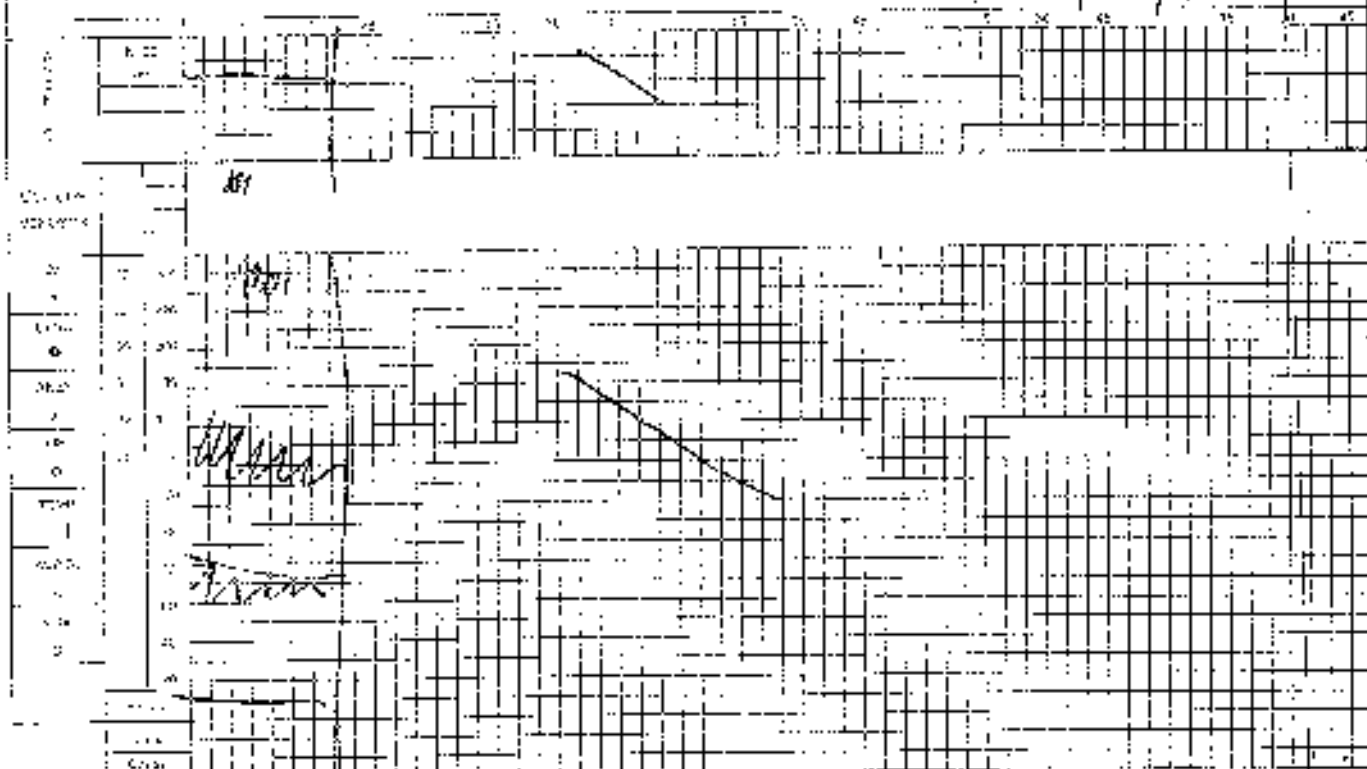
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE ANESTESIA

FICHA DE ANESTESIA

República A. Maite

FECHA DE OPERACIÓN: 06/08/19

6/8/19



ANESTESIA: General Inducción Manejo

PRELIMINAR: Examen físico ECG Pruebas de laboratorio

INDICACIONES: Examen físico ECG Pruebas de laboratorio

CONTRAINDICACIONES: Examen físico ECG Pruebas de laboratorio

TIPO DE ANESTESIA: General

2

[Signature]

Dr. R. Riquelme / V. Ley

ANESTESIA: General Inducción Manejo

PRELIMINAR: Examen físico ECG Pruebas de laboratorio

FECHA: 06/08/19

FECHA: 06/08/19

208-2



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH		19/07/2019	DN	01/31/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS	NÃO				
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	07/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTIAZEM 120MG, CIRURGIA HJ A TARDE				SA/D
7	MILTIOLOTRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SA/D
8	DIPYRIDA 500MG CV DE 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N				SA/D
9	TRAMAL 100MG + SCL 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SA/D
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 150 F OU PAD > 110 MMHG				SA/D
11	SSVM + OGG 8/8H				SA/D
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N				SA/D
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				SA/D
15	CURATIVO DIÁRIO				SA/D
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				SA/D
17					SA/D
18					SA/D
19					SA/D
20					SA/D
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (30U), CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300. 4UI; 301-350. 6UI; 351-400. 8UI; 401- 19 UI E QL GLICOSE < 70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE: DILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACIQUANTE, COM QUILIXAS MÚLTIPAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1

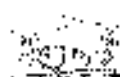
#EXAME FÍSICO: FREQ. CARDIÓTICO, ANICTÉRICO, AFEIRIL, EUFÓRICO, HIPOFÓRADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRACÃO TRANSIBIAL

SINAIS VITAIS		#CONDIÇÃO		Dr. Augusto Cuvalante CRM RR 1064 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H	PA	FC	FR	
18 H	PA	FC	FR	
24 H	PA	FC	FR	

12.10 H PA 130 x 70 mmHg, FC 74 bpm, T 38,6 C.

24.10 H PA 120 x 70 mmHg, FC 73 bpm, T 36,1 C.

Wagner de Souza



Paciente: Reginoldo Andrade Duarte
Solicitação: 07/11/2022 Número Interno:
Origem: HCS
Data de Emissão: 07/11/2022 17:10

Sexo: Masculino
Solicitante:
Série: 310003
Recbimento:
Resultado do Exame

Nasc: 06/01/1991

Idade: 28 ANO

Leito: 208-2

Ampliar: 201722107

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: 1216 - Anticoagulante (po 5286)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

NEÚTRÓFILOS

LÓCULOS

MONÓCITOS

EOSINÓFILOS

LINFÓCITOS

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMÓCROMA

EMACIÓCRITO

MCV

MCH

CHCM

RDW CV

RDW SD

PLAQUELOGRAMA

PLAQUETAS

MPV

ADP

PCT

Resultado

$5.35 \times 10^9/\mu\text{L}$

55.80 %

33.60 %

5.10 %

4.20 %

0.30 %

$3.75 \times 10^{15}/\mu\text{L}$

10.10 g/dL

34.80 %

92.40 ug/L

26.90 pg

29.10 g/dL

14.00 %

54.60 fL

$177.00 \times 10^9/\mu\text{L}$

9.40 fL

17.70

0.166 %

Referência

$4.0 - 12.0 \times 10^9/\mu\text{L}$

50.0 - 70.0 %

20.0 - 40.0 %

3.0 - 12.0 %

0.5 - 5.0 %

0.0 - 1.0 %

4.32 - $5.52 \times 10^{15}/\mu\text{L}$

13.5 - 18.0 g/dL

47.0 - 50.0 %

57.0 - 105.0 pg

27.0 - 34.0 pg

27.0 - 37.0 g/dL

11.0 - 15.0 %

35.0 - 66.0 fL

150.0 - 400.0 $\times 10^9/\mu\text{L}$

6.0 - 12.0 fL

9.0 - 17.0

1.00 - 2.82 %

Sistema Unificado de
Regulação em Saúde
SUS-UNISUS

Regulação Unificada de Saúde em Pernambuco - Regulação Unificada SUS-UNISUS
Sistema Unificado de Regulação em Saúde - SUS-UNISUS

Sistema Unificado de Regulação em Saúde
SUS-UNISUS
Sistema Unificado de Regulação em Saúde - SUS-UNISUS

Sistema Unificado de Regulação em Saúde

SUS-UNISUS

SUS-UNISUS

GOVERNAMENTO DE PERNAMBUCO

15 Redigido

15/11/2022 14:42



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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 19/07/2019 DN: 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FÊMUR DISTAL E

ALERGIA: _____ HAS: _____ SINAIS: _____ DMZ: _____
 IDADE: 28 LEITO: 208-2 DATA: 08/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	ANALGESIA - FRO. CIRURGIA HJ A TARDE	9h00
2	PARACETAMOL 1000MG EV 8/8H S/N	9h00
3	DIETONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N	9h00
4	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	9h00
5	CANTOPRIL 25mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG	9h00
6	SSV + COGG 8/8H	9h00
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N	9h00
8	OMEPRAZOL 20MG VO 1X AO DIA	9h00
9	CURATIVO DIÁRIO	9h00
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	9h00
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSE 50 & 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	9h00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB PRESENTAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1
 EXAME FÍSICO: BOA ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPODORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOCOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RVS E COLOCAÇÃO DE TRACÃO TRANSFEMURAL

SINAIS VITAIS				
6H	PA	FC	FR	T
12H	112/70	92	22	36,2
18H	114/66	78		36,0

Obs: Refere-se a algia em MIO (troca de medicação analgésica, sendo realizada)

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM RR 1964
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. P. Dias
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. P. Dias
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: PERSONAL DO NUTRIÇÃO

Leito: 208-22

Data: 08/08/13

Localização



Região: MEM

Limfologia

☐ ALP I ☐ LIT IV ☐ Queda de ☐ Cúrcuma ☐ DM ☐ Vascular
☒ Sítio: ☒ Infecção ☐ Fator Externo ☐ Dor, prurido, etc.

Aspecto da

☐ Necrose ☐ Amarelado ☒ Escarado ☐ Crustáceo ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenagem ☐ Soro ☐ Outros

Deferido

☒ Níquel ☐ Solução ☐ Soro ☐ Penicilina / Klorur
☐ Outros

Tipo de Lesão

☐ Pariente ☐ Soro ☒ Esquema ☐ Soro ☐ Soro
☐ Outros

Quantidade de

☐ Método ☒ Limbo ☐ Soro

Solução de

☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2m ☐ Álcool 70%

Comprimidos

☒ Soro ☐ Colágeno ☐ Soro ☐ Soro ☐ H. C. ☐ Outros

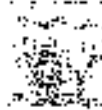
Outros

☐ 12/12 ☒ 48/48 ☐ 12/12 ☐ 18/18

Profissional que

☐ S. Penicilina ☐ S. Penicilina ☐ S. Penicilina ☐ S. Penicilina

Observações



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



END DE ADMISÃO

DIH

19/07/2019

DN

01/01/1991

PACIENTE RENIVALDO ANDRADE DUARTE

MONOSTIPX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS

TIAS

SIM

LM2

IDADE

28

LEITO

208-2

DATA

09/08/2019

TEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1	DO AQUI À PRÓXIMA CIRURGIA À TARDE	Su
2	METFORMINA 1000MG EV 8/8H S/N	Su
3	DIPIRIDA 100MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N	Su
4	TRAMAL 100MG + SED. 5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	Su
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	Su
6	ASSV + CCGS 5/6 H	Su
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N	Su
8	CURET. AZUL 40MG VO 1X AO DIA	Su
9	CURATIVO DIÁRIO	Su
10	CLEFAXE 40MG GO 1X AO DIA	Su
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21	SEQUESTRANTE CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI E QUICUI COSE < 70 DULML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AMISAR PLANTONISTA	Su

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENOVOU O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEILAS ARDIDAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/07/2019 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB UNICONTROVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8: 10.1
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANULÉRICO, AFEBRIL, FUPNFICO, HIPPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: # CONDUZA:

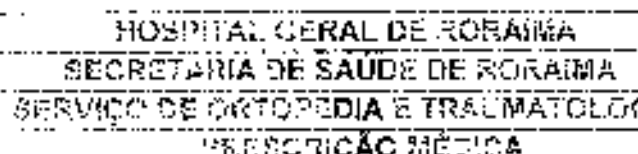
SIGNOS VITAIS E CIRCULATÓRIA

	PA	FC	FR	
12 H	120 x 76	75	18	36.3°C
18 H	120 x 76	75		35.8°C
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM 87.1964
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

Nelsonio D. do Nascimento

10/08/2019 - 12h - Paciente
atendido no 2501
C.P.P.



INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE

07-000000	DH	15/07/2010	CN	01/01/1991
-----------	----	------------	----	------------

[illegible]

CON TRATADO DE AGUAS DE ZENON DISTAL D

Model	AS	SM	DM2
-------	----	----	-----

NAME	DATE	TIME	DATE
BOEF	58	LETO	208-2
			DATA
			09/08/2019

17:30	PRÉSCENÇAS	HORARIO
-------	------------	---------

LA CASA 2-400 CUBURRIA 5/1A TARDE

ME C:\LOPRAW DA 10MS EV 3.84 SIN

3	1312-RO VA 500MC EV LU 42 GOTAS VO DE 6/8/1 54	
---	--	--

1	TRABALHO: 1035MG + SF 3.3% 130V/LEV DE 8164 SF DOR INTENSA
---	--

10	CAUTION: 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 112 MMHG
----	--

[illegible]

RAMA	100MB VC D2 62H 3A
------	--------------------

DATE OF BIRTH _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

15	COLLARS 40MG RG 1X 40 DIA	
----	---------------------------	--

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

12/1/20

36 DIABÉTICO COM INGLÃO COM INSULINA REGULAR (CO).

1000	NAME	ESQ:MA	700-25	WIB	251-300	417	304-650	SIB
------	------	--------	--------	-----	---------	-----	---------	-----

60% 40% 80% 10 000 GLUCOSE 30 000 GLUCOSE
60% 40% 80% 10 000 GLUCOSE 30 000 GLUCOSE

[illegible][illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA:	
------------------	--

SENC. DENTRO PACIENTE. DEFINIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM

O JULHO ABREZAS: FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACHTA BEM A DIETA. DIA DIA

2977-5-PLA-13-V-TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO DO HH

FACOL. TRAVA-RE DE 1.º APOST. TRANSFUSÃO HUMIL 8.1 H6 DO DIA 7/8: 10.1

ALXAN, ALKANTO, RFGT ACIANTO CO, ANCTERCO, AFEBRIL, EUPREICO, EPPOCCHADO,
EPCO, MARECO, MARHAN, MARGISOF BALDINEK, MAUSO, ONYKO, OXO TRANSIRLO

RESUMIDO: PULSO E FRÍO FRÍOS PALPABLES EM USO DE TROCADEIRO TRANSIBIAL.

APR 11 1965

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

14	30/04/2014	Dr. Augusto Cavalcante
----	------------	------------------------

FC	FR	CRM-RR 1904
----	----	-------------

Residente de Ortopedia e Traumatologia

[illegible]

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-PR 1904
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: **BERNARDO ANDRADE**

Leito: **208-2**

Data: **09/08/19**

Localização		Região: MMB		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (X) III () ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DTA ☐ Vascular ☐ Infecção ☐ Trauma ☐ Fator Externo ☐ Dor ☐ Úlcera ☐ Outro: _____			
Aparência de ferida	☐ Necrose Amarelha/Verde ☐ Escurecido ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Algodão ☐ Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☐ Secado ☐ Jossa ☐ Fritura/Rubor ☐ Outros: _____			
Ele profissional	☐ Puntiforme ☐ Seroso ☐ Sanguinolento (X) Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outros: _____ ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco			
Quantidade de Resíduo	☐ Muito ☒ Médio ☐ Pouco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Mordaxina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Solução de Povid ☐ Hidrogel ☐ Outros: _____			
Cobertura ferida	☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Solução de Povid ☐ Hidrogel ☐ Outros: _____			
Tratamento	☒ Diário ☐ 4x/dia ☐ 1x/dia			
Profissional que realizou procedimento	_____ _____ _____			
Observações	_____ _____ _____			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

208-2

RELATORIO MEDICO/NIH DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE
RETAGUARDA

DATA 01/08/19

PACIENTE: Reginaldo Fontana Duarte DN: 1.11.91

DIAGNOSTICO(S): 1.11.91

DOB: 01/07/1979

KABAM: 01/07/1979

EXAMES ADMISSIONAIS DATA 1/8/19

Leuc: Seg: Plaquetas: Hb: Ht: Ur: Cr:

Na: K: Ca: Cl: PO4: PCO2:

BAS: PH: BL: FOL: PCO2:

CALCULOS: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

EXAMES DE TRANSFERENCIA DATA 1/8/19

Leuc: Seg: Plaquetas: Hb: Ht: Ur: Cr:

Na: K: Ca: Cl: PO4: PCO2:

BAS: PH: BL: FOL: PCO2:

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

IMAGEM: 1/1/19

208-2

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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 12/07/2019 DN: 01/01/1991

PACIENTE: RINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTICAR: FRACTURA DE FEMUR DISTAL D

ALERTAS: HAS SIM DM2
IDADE: 28 SEXO: M DATA: 10/08/2019

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORARIO: _____

1	TRAMAL ORAL ZERO CIRURGIA HJ A TARDE	18:00	18:00
2	CLOROFLOPAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN	
3	CEFTIOXIMA 500MG EV 07:41 GOTAS VO DE 6/8H SN	SN	
4	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg	SN	
6	SRV 1 COGO 6/6 H	18:00	18:00
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	18:00	18:00
8	CLOXACILINA 400MG VO 1X AO DIA	18:00	18:00
9	PARACETOL 500MG VO 1X AO DIA	18:00	18:00
10	CLONAZEPAM 0.5MG VO 1X AO DIA	18:00	18:00
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HB DO DIA 7/8: 10,1
EXAME FÍSICO: BPS, ACIANOTICO, ANICÉTRICO, AFEBRIL, LIMPÍDICO, HIPOCÓRADO, HIDRATADO, PULSO PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: # CONDUTA:

PROGNÓSTICO DO CIRURGIÃO	PROGNÓSTICO DO CIRURGIÃO	PROGNÓSTICO DO CIRURGIÃO	PROGNÓSTICO DO CIRURGIÃO
6 H	12 H	18 H	24 H
32.1/74	32.1/74	32.1/74	32.1/74
6.8	6.8	6.8	6.8
35.8	35.8	35.8	35.8
36.5	36.5	36.5	36.5
37.0	37.0	37.0	37.0

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Jonathan C. Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1759
POST 1427

Ex. colo colo SVP.

6h: 00 h

PA: 152 x 81 mmHg

FC: 73 bpm

TM: 36.5

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo n.º 1
Paciente: Residencial
Leito: 208-2

Versão: 08

Elaborada: 02/2013
Data: 30/08/19.

Atualizada: 12/2018

Localização			Região: <u>M.I. D.</u> (Grau: I (X) II ())
Etiologia	☐ J.P.P. I II III IV ☒ Queimadura (C) Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: ☒ Tração ☒ Fixador Externo ☒ ortopedia ☐ Outro:		
Aparência do ferido	☐ Necrose Amarelada/Neira () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros ☒ Fumal () Macerado () Joca () Marmela / Rubor ☐ Outro:		
Tipo de Exsudato	☐ Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco ☐ Outro:		
Quantidade de Lesão	☐ Molhado (X) Umido () Seco ☐ Outro:		
Solução de limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura tópica	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Dreno: <u>Alça</u>		
Troca	☐ 12/12 ☒ 08/08 () 08/08 ☐ 12/12 () 08/08		
Profissional que realizou procedimento	Denise Aparecida CRN 347.000-0 23/08/2019		
Observações	Sinais vitais: TA 120/80 mmHg, FC 72 bpm, FR 18 rpm, SatO2 98% em ar ambiente. Ferida: 10x10 cm, com tecido de granulação vivo, sem sinais de infecção.		

208-2

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE				
AGNOST: EX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
ITEM				
1	DIETA ORAL LIVRE			5h
7	MEFLOXACILAMIDA 150MG EV 8/8H SN			20h
8	LUPRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H SN			15h
9	TRAMAL 100MG + 370,9% 100ML EV DE 8/8H 35 POR INTENSA			
10	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 165 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + COGG 8/8 H			
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN			
13	CIMEFRANOL 40MG VO 1X AO DIA			
14	CURATIVO DIARIO			
15	OLEXANE 40MG 8/8 1X AO DIA			
16				
17				
18				
19				
20				
21				
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFERIR E ESQUEMA: 2H:25U; 2H: 25U-30U; 4H: 30U-35U; 6H: 35U-40U; 8U: 40U; 10H: 40U OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENOVADO PACIENTE OLITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 26, 7/19 RE VITADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA SE DE 5.7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8: 10.1
EXAMES (SICO): BEG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, MIFOCCOPADO, HÍDATADO, FL. SÓS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSITORIAL.

RE SOLICITADO: # CONDUZIR.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

SINAIS VITAIS					Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H	61/55	72	-	36,5°C	

CEH 3-2019 a - medicina da
Roraima - Tumor AvP.
PA 28/06/90
P 066
T 230.873

Dr. Eudes Soares
Médico e Traumatologista
CRM 1964/RR

208-2

DISSEMINATION, AND DA ADAPTAÇÃO DO ENFERMIAGEM ÀS CUIDOS ABSCISSA

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE			
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D			
ALERGIAS	HAS	3M	DM2	
IDADE	25	LEITO	208-2	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
	DIETA ORAL LEVE			SN
1	KETOCLOPRIMIDA 10MG EV 8/8H SN			SN
2	DIPYROMA 10MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN			SN
3	TRAMAL 100MG - SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SFO POR INTENSA			SN
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
11	SSVV + 2000 R/H			SN
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN			SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			SN
14	CURATIVO DIÁRIO			SN
15	CLIFRANE 40MG SC 1X AO DIA			SN
16				SN
17				SN
18				SN
19				SN
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DI/MIL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECORRER O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIMAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 20/07 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ELICONTROVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 10.1
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEFBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL.

A SOLICITADO: 1 CONDUTA:

PREVISÃO DE CIRURGIA:				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/80	80	20	25.5
18 H	120/80	80	20	25.5
24 H	120/80	80	20	25.5

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

1208179
RISTO ARRADE DUARTE 208 02

1. IDENTIFICATION
2. PERSONAL DATA
3. EDUCATION
4. PROFESSION
5. RELIGION
6. POLITICAL AFFILIATION
7. CRIMINAL RECORD
8. PSYCHOLOGICAL EVALUATION
9. PHYSICAL DESCRIPTION
10. INTERVIEW
11. CONCLUSIONS

1. IDENTIFICATION
2. PERSONAL DATA
3. EDUCATION
4. PROFESSION
5. RELIGION
6. POLITICAL AFFILIATION
7. CRIMINAL RECORD
8. PSYCHOLOGICAL EVALUATION
9. PHYSICAL DESCRIPTION
10. INTERVIEW
11. CONCLUSIONS

Q

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

13/07/2019

DN

01/01/1991

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

MONOSTIPIX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALONGIAS

LOAD

28

HAS

SIM

DM2

ITEM

LEITO

208-2

DATA

13/08/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

NETOCLOFRANIDA 100MG EV 8/8H S/N

DIPICHA 500MG EV QD 43 GOTAS VO DE 8/8H S/N

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

ICAPICFR 25 MG VO SC PAR > 180 F OU PAD > 41.5 MMEG

ISSVY 100MG 8/8H

TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N

OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

CURATIVO DIÁRIO

CLEFAXAN 40MG SC 1X AO DIA

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

CONFORME ESQUEMA: 200-750-200; 250-500-400; 300-350-600

350-400-800; 400-1000-1000. 10 UI E GLUCOSE > 73 U/LML GLUCOSE 50%

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS
ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACUTA BCMA DISTA DIA DIA 25/7/19
REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB
ENCONTRAVA SE DE 5 / . APOS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8: 10.1
24.0 ML FÍSICO, BFC, ADIANTADO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO,
HIPOTÁICO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL.

EVOLUÇÃO: A CONDUTA:

PRESCRIÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS

6 H 12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

12 H 18 H 24 H

PA FC FR

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 2964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Unidade de Imagem em
Tratamento de Perdas

BSR

Paciente: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Idade: 208.2

Data: 13/08/2019

Versão: 01

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 02/2013

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

Região

Região: M.T.D.

HOSPITAL GERAL DE NOROIA
SECRETARIA DE SAUDE DE NOROIA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRICAO MEDICA



DATA DE ADMISSAO: 01/07/2019
NOME: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNOSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALTO: 1,70m
IDADE: 28
SEXO: M
LADO: D
PRESCRICAO: 1500/2019

DIAGNOSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
LADO: D
PRESCRICAO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

PRESCRICAO: 1500/2019
HORARIO: 1500/2019

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1054
Residência de Ortopedia e
Traumatologia



Número de Inscrição em I.D.R. 1

1 Versão

Elaborada: 02/2013

Atualização: 02/2015

Reconhecimento de Partidas -

ICIR

Pacotes:

Reimbaldo Indicado Quanto

Leito: 208-2

Data: 14/08/19

Identificação

Nome: M.L.D.

Endereço

Cidade

Estado

País

Telefone

E-mail

Outros

Observações

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Identificação

Endereço

Cidade

Estado

País

Telefone

E-mail

Outros

Observações

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Identificação

Endereço

Cidade

Estado

País

Telefone

E-mail

Outros

Observações

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

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



DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019 DN: 07/07/1991
PACIENTE: RINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

ALERGIAS: _____
IDADE: 23 ANOS SEXO: M LEITO: 208-2 DATA: 15/08/2019
NOME: _____

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	CLINDAMICINA 300MG IV 6/8H SN	SC
2	IBUPROFENO 400MG PO 6/8H SN	SC
3	PARAL 100MG + 8% 100ML IV DE 8/8H SN	SC
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	SC
5	SEMP + COGG 8/8H	SC
6	PARAL 100MG VO DE 8/8H SN	SC
7	CELESTAZOL 40MG VO 1X AO DIA	SC
8	CURATIVO DIÁRIO	SC
9	CLEKANE 40MG SC 1X AO DIA	SC
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250, 200, 200-300, 400, 300-350, 500
250-400, 800 > 400, 40 UI E OU GLICOSE < 120 DMIL GLICOSE 50%
40 ML IV + AMBAS PLANTONISTAS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM 19/07/19 PACIENTE ADMITIDO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM
QUEILÓDIA, GARGAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA
20/07/19 BIA 174 DA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB
ENCONTRAVA SE DE 8.7. APÓS TRANSFUSÃO PR DE 8.1 HR DO DIA 7/8: 10.1
EFEXA, V/F FÍSICO: 3FG, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFESIL, EUPNEICO, P/POCOCORADO,
MORATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TIAÇÃO TRANSILIAL.

EM 20/07/19: * CONDUZIDA *

DATA	PA	FC	FR	TX
12/8	130/70	76	18	36.40
18/8	130/70	74	18	36.40
24/8	110/60	74	18	36.40

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1066
Serviço de Ortopedia e
Traumatologia

CRP: 10.485.4
FC: 77
T: 36.0

Dr. Bruno Figueiredo das Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1067 TEO 10488

Dr. Augusto SSO, médico
do Hospital Geral de Roraima, nos
termos de uma prescrição médica
de 15/08/2019, assinada por
Dr. Augusto SSO.

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Idade: 45

Sexo: M

Profissão: Engenheiro

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Cep: 51010-000

Telefone: (71) 3456-7890

E-mail: almeida.paulo@recife.pe

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE

Nome do médico: Dr. João Carlos de Almeida

Endereço: Rua da Liberdade, 123

Cidade: Recife

Estado: PE



Núcleo de Enfermagem em Protocolo

Tratamento de Feridas -

Paciente:

HCR

Leito:

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Reginaldo
208-8
 Leito: 208-8
 Data: 16/08/2019

Localização



Região: Primal - Ombro



Região:

Etiologia

☐ Trauma
☒ Queimadura
☐ Infecção
☐ Doença sistêmica
☐ Cirurgia
☐ Medicamento
☐ Outros



Região: II

Avaliação de

☐ Neurovascular
☐ Função
☐ Dor
☐ Infecção
☐ Cicatrização
☐ Outros

☐ Neurovascular
☐ Função
☐ Dor
☐ Infecção
☐ Cicatrização
☐ Outros

Tipo de Assunto

☐ Queimadura
☐ Infecção
☐ Doença sistêmica
☐ Cirurgia
☐ Medicamento
☐ Outros

Quantidade

☐ Menor
☒ Médio
☐ Maior

Soluções de

☒ Soro fisiológico 0,9%
☐ Alcool 70%
☐ Outros

Condutância

☐ Condutância
☐ Outros

Tratamento

☐ Tratamento
☒ Outros

Profissional que

☐ Enfermeiro
☒ Médico
☐ Outros

Procedimento

☐ Procedimento
☒ Outros

208-2

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



PACIENTE: ADRIANA
DATA: 18/07/2019
HORÁRIO: 01/01/1991

DOENÇA: FRATURA DE FÊMUR DISTAL D

EXAME: RAS
LEITO: 202-2
DATA: 17/08/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1. DOR LOCALIZADA
2. MORFOLINOL 10MG EV 8/8H SN
3. PARACETAMOL 500MG EV QD 40 GOTAS VO DE 8/8H SN
4. TRAMAL 100MG 50% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
5. PARACETAMOL 25 MG VO SE PAD + 150 E OU PAD + 110 MG VO
6. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN
7. MORFOLINOL 10MG VO 1X AO DIA
8. PARACETAMOL 500MG VO 1X AO DIA
9. MORFOLINOL 10MG VO 1X AO DIA

SWD
SW
SW
SW

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONTROLE Glicemia: 200-250; 250-300; 300-400; 400-500; 500-600;
250-300; 300-400; 400-500; 500-600;
AC MILEV - CAUSAR PLANTONISIA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

48 HORAS DO PACIENTE, DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEM SE ENCONTRA. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACUTA SEM A DIFERENÇA DIA 18/08/2019. TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O Hb UNCONFORMADO DE 8,1. APÓS TRANSFUSÃO Hb DA 8,1 Hb DO DIA 17/8: 10,1. Hb 14,4. Glicemia: 100, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, LIMPÍDICO, HIPOCORADO, HIERATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÇÃO TRANSIBIA.

RESOLUÇÃO: 4 CONSULTA.

SINAIS DE VITALIDADE

6 H	12 H	18 H	24 H	FC	FR	T _{ax}
120	120	120	120	76	-	36,6
120	120	120	120	76	-	36,6

Dr. Augusto Covarrubias
CRM RJ 1564
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Augusto Covarrubias
Residente de Ortopedia e Traumatologia

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



PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE DATA: 15/08/2019 CN: 01/01/1961
AGORA: OSTEIA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL

DIAGNÓSTICO: FRATURA FR SI SI SI
DATA: 18/08/2019

PRESCRIÇÃO

	HORÁRIO
1. AMALGAMADA 10MG PV 8H SI	SI
2. DORONA 100MG SI 0.45 GOTAS VO DE 8H SI	SI
3. PARAL 100MG + SFO 0.5% 100ML CV DE 8H SE DOR INTENSA	SI
4. CAPTOPRIL 25 mg VO 2x PAS + 150 L OU PAD + 110 MMHG	SI
5. BETA + CCBG 800 H	SI
6. PARAL 100MG VO DE 8H SI	SI
7. PARAL 100MG VO 1x AC DIA	SI
8. PARAL 100MG VO 1x AC DIA	SI

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (IC),
100-250-400-250-200-250-300-400-300-350-500
300-400-500-1400-10 DI DIU G ICORE + 70 DI ML GLUCOSE 50%
40 ML L-AMMAN PLANTONIA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCOSTRO PACIENTE DETADO NO LITO, AIVO, REATIVO, CONTACTANTE, COM
CURVA SALVAGE, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACIYA BLV, A DIA DIA
1.07.18 PRATICA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE PLASMA, NA OCASIÃO O HS
ENCONTRAVAM-SE DE 1.7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HA DO DIA 7/8: 10.1
2. NADAL FÍSICO: BCG, AGANTOLCO, ANISTÉRILO, ALFEBIL, CUPNECO, HIPOCORANO,
HIDRATADO, PULSOE RIFÉRICOS PALPÁVEIS, CM USO DE TRAÇÃO "TRANSIBIAL".

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

4. SOLICITADO: 4. CONDIÇÃO:

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1028702

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 48

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HCR

Paciente:

Reginaldo Duarte

Leito: 306-1

Data: 18/08/18

Localização



Região: MTD

Histologia

Grav: I () II ()
☒ PP I II III IV V* ☐ Oclusiva ☐ DM ☐ Vascular
☒ Tração ☐ Fenda ☐ Juncção ☐ Juncção



Região:

Grav: I () II ()

Apresentação do

☒ Neuro: Amarelha/Amarela ☐ Hemorra ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Fenda fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros

☒ PP I II III IV V* ☐ Oclusiva ☐ DM ☐ Vascular
☐ Tração ☐ Fenda ☐ Juncção ☐ Juncção

Pele Periférica

☐ Normal ☐ Amarelha ☐ Juncção ☐ Juncção / Rubor

Tipos de Exsudado

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sanguinolento ☒ Seco

Quantidade de Exsudado

☐ Molhado ☐ Seco ☒ Seco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

☒ Adesivo ☐ Adesivo ☐ Adesivo de Fenda ☐ Adesivo

Proteção

☐ Ocre ☐ Ocre

Proteção que

☒ Adesivo ☐ Adesivo ☐ Adesivo

Proteção

☒ Adesivo ☐ Adesivo ☐ Adesivo

Observações

1988

Nome
Endereço
Cidade

Matrícula
Idade

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

2 - ENDEREÇO DO DOENTE (COMPLETO)

3 - SEXO

4 - IDADE

5 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

6 - NOME DO DOENTE

7 - NOME DO DOENTE

8 - NOME DO DOENTE

9 - DATA DO EXAME

10 - SEXO

11 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

12 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

13 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

14 - SEXO

15 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

16 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dr. Carlos D. da Silva

17 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

Clara

18 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

Clara F. da Silva

19 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

Clara F. da Silva

20 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

21 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

22 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

23 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

24 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

25 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

26 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

27 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

28 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

29 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

30 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

31 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

32 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

33 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

34 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

35 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

36 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

37 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

38 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

39 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

40 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

41 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

42 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

43 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

44 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

45 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

46 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

47 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

48 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

49 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

50 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

51 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

52 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

53 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

0408050686

5724

5729

208



Reginaldo Carneiro
Braz

DATA: 02/11/13

CS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

MEDICAÇÃO E ACIDENTES

LOCAL DO OPERATÓRIO

CIRURGO

1ª AJUDANTE

2ª AJUDANTE

INSTRUMENTADO(A)

3ª AJUDANTE

ANESTESIA

ANESTESISTA

ANESTÉSICO

INÍCIO

TEM.

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ret. abd + insula

2. Colec. + abs. + comp. etc.

3. Incisão longitudinal a par do abd. lat, desc.

4. Para ab. e par do abd. fronte. e reg.

5. Incisão transversal, central

6. Incisão transversal, central

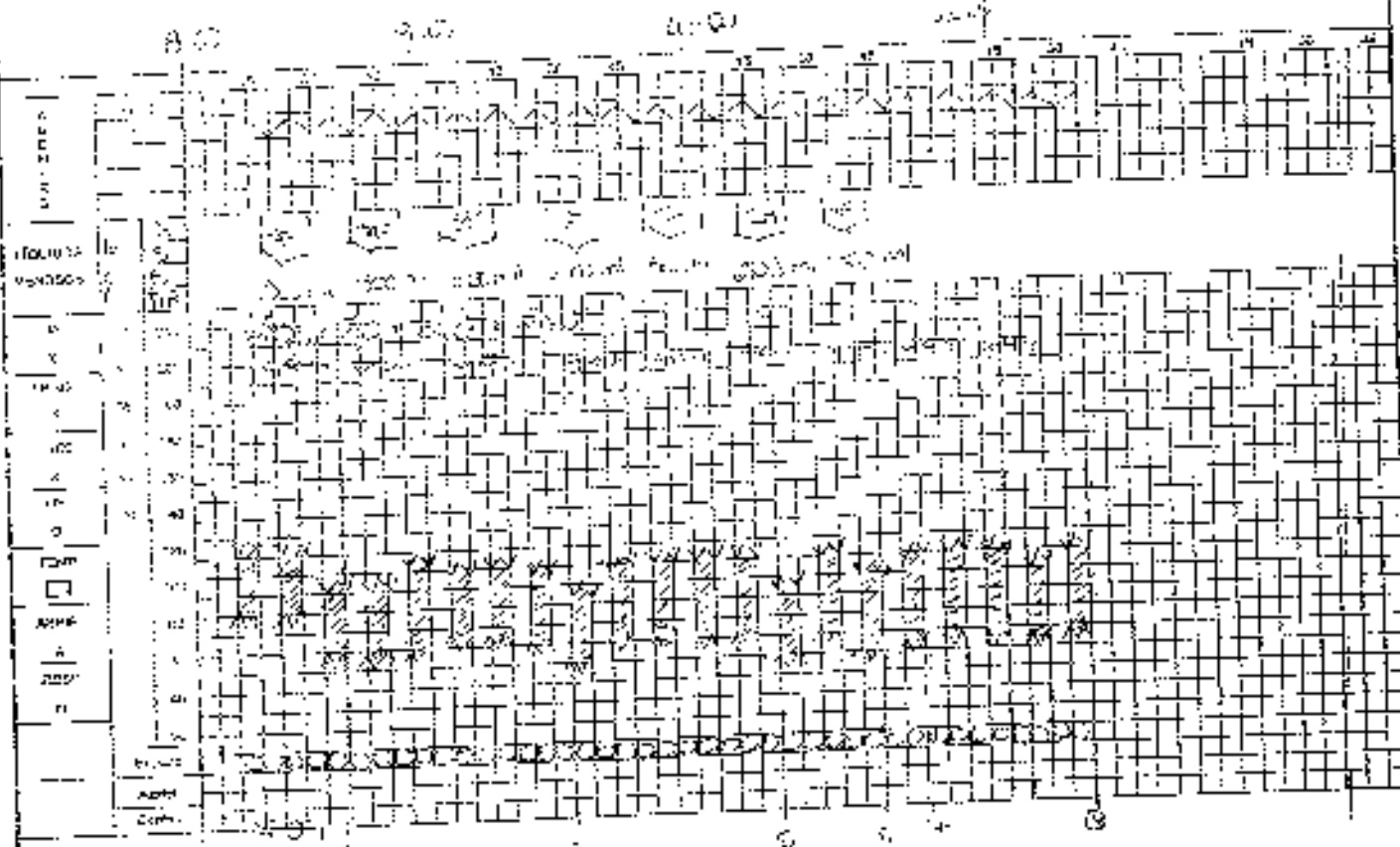
7. Incisão transversal, central

IMPRESSÃO
CHAMADO
IMPRESSÃO



Paciente: Roberto D. Gonçalves
 Data: 20/08/2019

Procedimento: Procedimento cirúrgico
 Data: 20/08/2019



Observações: 1. Anestesia geral com intubação orotraqueal
2. Monitorização de sinais vitais
3. Manutenção da temperatura corporal

1. Indução da anestesia com Propofol (PAM) + Fentanil (FAN)

2. Manutenção da anestesia com Propofol (PAM) + Fentanil (FAN) + Oxigênio (O2) + Ventilação mecânica

3. Monitorização de sinais vitais e temperatura corporal

4. Manutenção da anestesia com Propofol (PAM) + Fentanil (FAN)

Assinatura do médico responsável: Roberto D. Gonçalves

Assinatura do anestesista: Roberto D. Gonçalves
 Assinatura do enfermeiro: Roberto D. Gonçalves
 Assinatura do cirurgião: Roberto D. Gonçalves

Assinatura do anestesista: Roberto D. Gonçalves
 Assinatura do enfermeiro: Roberto D. Gonçalves
 Assinatura do cirurgião: Roberto D. Gonçalves

Assinatura do anestesista: Roberto D. Gonçalves
 Assinatura do enfermeiro: Roberto D. Gonçalves
 Assinatura do cirurgião: Roberto D. Gonçalves

Assinatura do paciente: Roberto D. Gonçalves

ANTES DA INCISÃO

Atestado

Fubert

ANTES DA INCISÃO. ANS 9768304

Nome: Neuza de Fátima
 Endereço: Av. ...

Local: ...
 Data: ...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

Atestado

COPIA COMARCA DO ESTADO DE GOIÁS, DA
 COMARCA DE ANÁPOLIS, ALÉM DO LOCAL
 ALMOÇO. Data: ()/1985

COPIA DO ANESTESISTA E ENFERMEIRO
 E CONFERENCIAS VERBAISMENTE

...
...
...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

Atestado

DE ROTACIONAIS DE EQUIPES DE ENFERMEIROS
 OU DA EQUIPE MÉDICA CONJUNTA
 VERBAISMENTE COM A EQUIPE

...
...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

...

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO: 01/10/2019 CN: 31/07/1991

PACIENTE: ARNALDO ANDRADE DUARTE

ACNÓSTICA: A LÍGOSTA DE TENDÃO DISTAL D

ALERGIAS: FAE SIM DM2 DATA: 20/08/2019

IDADE: 28 LEITO: 209-1 DATA: 20/08/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO

1. PRESCRIÇÃO DE VRS

2. METOCLOPRAMIDA 10MG IV 8/8H

3. DIFENIDRAMINA 50MG IV QUANDO AS VÓMITOS COMEÇAREM

4. TRAMAL 100MG 8/8H 100MG IV DE 8/8H COM INTENSIFICAÇÃO

5. CARVEDILOL 25MG VO 8/8H PAS + 100T CO PAD + 15 MG

6. PAIN + 600MG 8/8H

7. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H

8. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

9. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

10. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

11. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

12. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

13. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

14. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

15. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

16. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

17. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

18. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

19. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

20. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

21. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

22. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

23. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

24. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

25. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

26. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

27. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

28. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

29. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

30. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

31. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

32. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

33. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

34. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

35. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

36. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

37. CLONIDINA 40MG VO 1X AO DIA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

4. NO CONTATO COM O CLIENTE, DEFICITÁRIO NO LITO, ATIVO, PLATIVA, COM AÇÃO JANTAR, COM QUEIXAS
ALGUMAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PR. SERVIDAS, ACREDITA BOM A DILIA. DIA DIA 26, 7/19
RELATANDO A RESPOSTA DE 2 CONCENTRADOS DE FARMÁCIAS NA OCAS 80 O HB
ENCONTRAVA A DI 5.7. APÓS TRANSUSÃO HB DE 5.1 P.5 AO DIA 7/8. 10.1
4. EXAME FÍSICO: BFG. ACANOT. CO. ANICÉRIDO. AF. FBRI. FL. PNE. CO. PIPOCORADO.
PUD. DATADO. AUSCUL. PUL. FRI. CO. PALPÁVEL, EM USO DE HUAÇÃO TRANSITUAL.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

4. SUGESTÃO: 4. CONDUTA.

Dr. Augusto Cavalcante
CRM - R 1964
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

Obs. Em contato com o Dr. CC 13.000

10-10-10

SE DIABÉTICO, PORTAÇÃO COM INSULINA REGULAR 100, CONFORME DS.8. EMA
CNS 252, 260, 261, 300, 401, 301, 050, 001, 251, 400, 001, 240, 401, 011, 010, 000, 270
CNS 252, 260, 261, 300, 401, 301, 050, 001, 251, 400, 001, 240, 401, 011, 010, 000, 270

[illegible]

NEUROLOGIE
MEDICINE
ORTHOPÄDIE UND TRAUMATOLOGIE

ER	PA	FC	FR	F
12H				
16R	S=220	95		95
20F	244/181	96		96

[illegible]

of Hens-

CA = 125.6°

09-15
40-5

Feb 21/6

System is now realized
over now then no set

~~CONFIDENTIAL~~

120-6

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

PACIENTE: EDUARDO LANGE DE OLIVEIRA
RACIA: BRANCO SEXO: M DATA: 12/06/2019
ALTERNATIVAS: 120-6 LEITO: 120-8 DATA: 12/06/2019
IDM/C: 120-6 PRESCRIÇÃO

1. 120-6
2. 120-6
3. 120-6
4. 120-6
5. 120-6
6. 120-6
7. 120-6
8. 120-6
9. 120-6
10. 120-6
11. 120-6
12. 120-6
13. 120-6
14. 120-6
15. 120-6
16. 120-6
17. 120-6
18. 120-6
19. 120-6
20. 120-6
21. 120-6
22. 120-6
23. 120-6
24. 120-6
25. 120-6
26. 120-6
27. 120-6
28. 120-6
29. 120-6
30. 120-6
31. 120-6
32. 120-6
33. 120-6
34. 120-6
35. 120-6
36. 120-6
37. 120-6
38. 120-6
39. 120-6
40. 120-6
41. 120-6
42. 120-6
43. 120-6
44. 120-6
45. 120-6
46. 120-6
47. 120-6
48. 120-6
49. 120-6
50. 120-6

EVOLUÇÃO MÉDICA

01/06/2019 14:30

SINUS	PR	FC	FR
12 H	120-6	85	20
18 H	120-6	85	20
24 H	120-6	85	20

em 12/06/2019, paciente em estado de saúde satisfatório, na rotina de cuidados de saúde.

Assinatura: Rosângela G. P. Mendes
Técnica de Enfermagem
CRM: 120-6

Assinatura: Luciano A. L.
Téc. em Enfermagem
CRM: 120-6

Assinatura: Luciano A. L.
Téc. em Enfermagem
CRM: 120-6

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Tratamento de Feridas

Paciente:

Reginaldo Anderson Dias

HCR

Leito: 1206

Data: 29/09/2018

Localização	 Região: <u>MD</u>		 Região: <u>MD</u>
Diagnóstico	() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____		() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____
Tipos de Lesão	() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____		() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____
Características da Lesão	() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____		() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____
Tratamento	() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____		() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____
Observações	() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____		() Queimadura () Ferimento () Contusão () Escoriação () Laceração () Abrasão () Amputação () Úlcera () Infecção () Hemorragia () Hematoma () Edema () Eritema () Prurido () Dor () Outros: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente: Rogério de Almeida Almeida

Data: 09/11/2019

1º dia: 12.02.19

Localização		Região: <u>MSD</u>		Região: <u>MSD</u>
Tipologia	☐ Queimadura ☐ Trauma ☐ Cirurgia	☐ Queimadura ☒ Trauma ☐ Cirurgia	☐ Queimadura ☐ Trauma ☐ Cirurgia	☐ Queimadura ☐ Trauma ☐ Cirurgia
Apresentação de ferida	☐ Secção Arterial/Venosa ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Ferida Traumática ☒ Ferida por objeto penetrante	☐ Secção Arterial/Venosa ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Ferida Traumática ☒ Ferida por objeto penetrante	☐ Secção Arterial/Venosa ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Ferida Traumática ☒ Ferida por objeto penetrante	☐ Secção Arterial/Venosa ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Ferida Traumática ☒ Ferida por objeto penetrante
Perfil Periférico	☐ Circunferência ☐ Comprimento ☐ Profundidade ☐ Extensão	☐ Circunferência ☐ Comprimento ☐ Profundidade ☐ Extensão	☐ Circunferência ☐ Comprimento ☐ Profundidade ☐ Extensão	☐ Circunferência ☐ Comprimento ☐ Profundidade ☐ Extensão
Tipo de Exsudato	☐ Soro ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros	☐ Soro ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros	☐ Soro ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros	☐ Soro ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros
Quantidade de Exsudato	☐ Pouco ☒ Moderado ☐ Muito	☐ Pouco ☒ Moderado ☐ Muito	☐ Pouco ☒ Moderado ☐ Muito	☐ Pouco ☒ Moderado ☐ Muito
Limpeza	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não	☐ Sim ☒ Não
Procedimento	☐ Lavagem ☐ Desbridamento ☐ Cobertura	☐ Lavagem ☐ Desbridamento ☐ Cobertura	☐ Lavagem ☐ Desbridamento ☐ Cobertura	☐ Lavagem ☐ Desbridamento ☐ Cobertura
Observações	Ferida com bordas irregulares e fundo escuro, com presença de tecido necrótico. Realizado desbridamento cirúrgico e cobertura com gaze esterilizada.			

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

120-6

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: ##### DN: #####

NOME: DR. REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOCEXIA EXPOSTA DA FÊMUR DISTAL D

ALERGIA: _____ RAC: _____ SEX: _____ DM2: _____ DATA: 23/05/2019

IDADE: 23 LEITO: 120-6

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1. DIFERENCIAL DE VIT. _____

2. METOPROLOLOL 150MG EV 8/8H SN

3. DIFERENCIAL 300MG EV 03-45 GOTAS VO DE 60H SN

4. TRAMAL 100MG + 500MG 100ML EV DE 08H SE DOR INTENSA

5. PARACETOL 250MG VO DE 08H > 100 E 02 PARACETOL 1100 MG/VO

6. SSN - DOG 8/8H

7. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN

8. CEFEPRAZOL 400MG VO 1X AO DIA

9. CURATIVO DIFERENCIAL

10. CEFEXANE 400MG VO 1X AO DIA

11. CLINDAMICINA 600MG EV DE 8/8H

12. CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12H 24H

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____

36. _____

37. _____

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS

EM	SA	FC	FR	T
6 H	35.4/84	95	20	36.0
12 H	35.4/84	95	20	36.0
18 H	35.4/84	95	20	36.0
24 H	35.4/84	95	20	36.0

13. Verificados SSN e administrados medicamentos.

120-6

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

DATA DE ADMISSÃO		DI	ME	AN	24/08/2019
FACILITADO					
AGNOSTICADA					
EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D					
ALFA	143	814	DM2	DATA 24/08/2019	
IDADE	24	100-5	HORÁRIO		
TIPO	PRESCRIÇÃO				
1	FARMACIA			S/D	
2	VITAMINAS			S/D	
3	ANTIBIÓTICO			S/D	
4	ANALGÉSICO			S/D	
5	FARMACIA			S/D	
6	FARMACIA			S/D	
7	FARMACIA			S/D	
8	FARMACIA			S/D	
9	FARMACIA			S/D	
10	FARMACIA			S/D	
11	FARMACIA			S/D	
12	FARMACIA			S/D	
13	FARMACIA			S/D	
14	FARMACIA			S/D	
15	FARMACIA			S/D	
16	FARMACIA			S/D	
17	FARMACIA			S/D	
18	FARMACIA			S/D	
19	FARMACIA			S/D	
20	FARMACIA			S/D	

24/08

060

24/08
060

EVOLUÇÃO

10/08/19 - Fôlego em boa expansão
sem roncos, sibilos ou crepitações
10/08/19 - D. 100 ml, 100% B. 26
sem alteração de peso.

BOA PRESENÇA DE RECUPERAÇÃO BEM DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (2)

SINAIS	PA	FC	FR
12h	130/80	95	20
18h	130/80	95	20
24h	130/80	95	20

Assinatura do médico

120-6

07/08/19 - Paciente em boas condições com
nível adequado de hidratação e alimentação
sem alteração de peso, apresentando boa evolução das lesões.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

Paciente: REGINALDO ANDRADE DUARTE

HCR

Leito: 300-EData: 24/08/18

Localização

Região MIC

Região

Etiologia

Grav: I (A) II ()Grav: I () II ()

Apresentação

☐ Neoplasia ☒ Trauma ☐ Infecção ☐ Queimadura ☐ Vaso ☐ Cirurgia ☐ Outras ☐

Grav: I () II ()Grav: I () II ()Grav: I () II ()

Pele Perifoneal

Queda

Queda

Tipo de Exudado

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sanguinolento ☐ Soro ☐ Outros

Queda

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sanguinolento ☐ Soro ☐ Outros

Quantidade de

Medicação

Medicação

Medicação

Medicação

Medicação

Medicação

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Queda

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Queda

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Queda

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Queda

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Queda

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Sintomas de

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

Queda

☐ Dor ☐ Prurido ☐ Coceira ☐ Inchaço ☐ Vermelhidão ☐ Outros

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

DATA DO EXAME: _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____
PACIENTE: RICARDO DA AMORAL DIARTE
DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D
ALÉRGIA: _____
IDADE: 23 SEXO: M DATA: 25/08/2019
NOME: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1. DIFTERIA 1000 UI
2. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8/1 S/N
3. CLORONA 500MG EV OU 40 COTAS VO DE 8/8H
4. TRAMAL 100MG + SPT 0,5% 100ML EV DE 6/6H DE DOR INTENSA
5. CEFOTRIAXIL 250MG VO OU 1000 E OU 1000 E OU 1000 E
6. DILT 100MG 8/8H
7. TRAMAL 100MG VO DE 6/6H S/N
8. OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
9. CURATIVO DIÁRIO
10. CLAVAXAN 40MG 500 X AO DIA
11. CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H
12. CEFPROXIL 400MG EV OU 600MG VO DE 2/12H
13. DILT 20MG EV DE 12/12H
14. fisioterapia manual em MIE JOELHO E PE

SUSPENSO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Tem
6 H				
12 H	120/80	100	20	36,5
18 H	110/70	90		36,2
24 H	100/60	80		

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 102807



Obs: O Dr. Ricardo Amorim, após a cirurgia, a ferida
foi fechada com pontos e curativos.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Pronto Socorro nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

Paciente

RGSP

Reginaldo Anderson Duarte

Leito

410-E

Data: 25/08/2024

Localização

Região HAZB

Relatório

Atividade: Tratamento de Feridas

Assistência

Atividade: Atividade de Enfermagem

Exatidão

Atividade: Atividade de Enfermagem

Qualidade

Atividade: Atividade de Enfermagem

Quantidade

Atividade: Atividade de Enfermagem

Observações

Atividade: Atividade de Enfermagem

Observações

Atividade: Atividade de Enfermagem

Observações

Atividade: Atividade de Enfermagem

Observações

Atividade: Atividade de Enfermagem

Observações

Atividade: Atividade de Enfermagem

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

120-6

HOSPITAL GERAL DE NOBES MA
SECRETARIA DE SAUDE DE NOBES MA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRICAO MEDICA

DATA DE ADMISSAO: _____ Dia: _____ Mes: _____ Ano: _____

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
AGNOSTICADA: FX. EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D.

IDADE: 38 ANOS SEXO: M CASADO: SIM DATA: 24/06/2019

ITEM	PRESCRICAO	RECORRER
1	DATA ORTOLIVINE	3x1
2	AMOXICILINA 500MG EV 3x1 8H	3x1
3	DIPYRONA 500MG EV OU 400MG VO DE 6H	3x1
4	CLARAXA 100MG + SFC 0,4% 100ML EV DE 6H SE DO INTENSIV	3x1
5	CLOROFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
6	IBUPROFENO 400MG VO 1x AC DIA	3x1
7	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
8	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
9	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
10	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
11	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
12	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
13	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
14	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
15	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
16	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
17	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
18	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
19	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1
20	CLORFENIRAMINA 4MG VO 8x1	3x1

24/06

NR3

24/06

22
20

[Handwritten signature]

EVOLUCAO MEDICA:

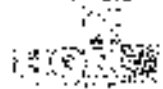
[Handwritten medical notes:]
Paciente em internamento, com fratura exposta de fêmur distal direito, sem lesão de vasos e nervos. Realizada cirurgia de urgência para redução e fixação com placa e parafusos. Paciente está em repouso absoluto, com analgesia adequada. Evolução satisfatória.

[Handwritten signature]

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temp	SatO2
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

[Handwritten signature]

20-b



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
ESTADO DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SEÇÃO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / HISS

PACIENTE JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA ANOS, 45
DATA DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/12/2019 COM
DIAGNOSTICO DE FRATURA de fêmur direito

NO DIA 10/12/2019 REALIZOU-SE TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO DE
FRATURA de fêmur direito SENDO

OPERADO POR DR. JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA DR.

RECOLHIDA AO HOSPITAL NO DIA 10/12/2019 AS 14h EM
BOA SAUDE GERAL SEM QUEIXAS ALGUMAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
OCORRÊNCIA NO DIA 10/12/2019 AS 14h COM O
DIAGNOSTICO DE FRATURA de fêmur direito

ORDEM DE ALTA GERAL:

- 1- NÃO PODER REALIZAR CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELA MEDICA.
- 3- NÃO RETORNAR CARIAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- CASO NECESSARIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL. REALIZAR RX COM 21(DIAS) DIA DE
PÓS-OPERATORIO. LEVAR RX ANTERIORES E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
ESTADO DO ESTADO DE RORAIMA
SEÇÃO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
20 SET 2019
Shirley
Coordenadora de Ortopedia e Traumatologia
Dr. João Carlos Lopes de Oliveira

PACIENTE RECOLHIDA ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DO DR. JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA

6.02.2020 JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Luís Medeiros

O paciente, Rogério Adriel Pereira, vítima de
acidente de moto (19/07/2019) com trauma distal
de M1D e lesão cominativa do punho D: lesão
fratura (crispa) da base do 5º dedo da mão
e após cirurgia definitiva (28/8/2019) e recuperação
e colocação do prótese - resina.

Após consolidação e sutura da lesão da
acidente, teve alta de alta.
Atualmente segue-se com a prótese e
ao 2º dia: cicatriz (crispa) da base do 5º dedo D: 4/10
para a lesão + lesão D
notas sobre o M1D

H1: Siga-se de lesão cominativa do 113 mm de
distal do punho D e traço intra-articular no articular
para o 1º dedo importante do movimento do
pelo D e sustentação do decubito de 2º dedo
e 1º dedo importante do decubito de 2º dedo
e movimento do M1D

DATA:

22/11/2019

Carla Dinário de Oliveira
ASSINATURA Carla Dinário de Oliveira

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

203.45704.84-8

2309298

003-0

RR

Reginaldo Andrade Duarte



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



REGINALDO ANDRADE DUARTE

FILIAÇÃO: RENATO DUARTE BEZERRA

EDINALVA ANDRADE DA SILVA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/07/1991

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: C. 1.3504573 17/08/2006 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 015.002.742-75

TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 03/03/2009

ZONA:

CNH:

SEÇÃO:

[Assinatura]

ASSINATURA DO SERVIDOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERMEDIARIEDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	30.232	DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME	LUANA AMORIM LE SOUZA LOPES		
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM		
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR	DATA DE NASCIMENTO	14/03/1971
DOC ORIGEM	CC: 3786 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.		
CPF	294319382 - 13		
Assinatura do Diretor			
LEI N.º 7.116 DE 29/08/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013774675650

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01

01169900861

45674614656

CLAUDILENE FERNANDES DOS SANTOS
R BRIS DO AR N MOURA
DR SILVIO BOTELHO Nº:435
BOA VISTA-RR 69314490

897.251.232-04

NAS6636

RORAIMA MOTORES LTDA

PLACA ANT./UF

9C2KC2500KR003923

PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.

GASOLINA

HONDA/CG 160 START

ANO FAB
2018

ANO MOD
2019

CAP/ROT/CIL
2P/0162CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES

AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAI DA AMAZO OCID *

BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

DATA
30/11/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
565528

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442620/19

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

CPF: 015.002.742-75

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

REGINALDO ANDRADE DUARTE : 015.002.742-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do acidente: 19/07/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DA PERNA DIREITA COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSO.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 50% DO JOELHO DIREITO EM AVALIAÇÃO ANTERIOR, INDENIZAÇÃO ADICIONAL DE 57,2%.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
		Total	40,04 %	R\$ 5.405,40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DA PERNA DIREITA COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSO.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 50% DO JOELHO DIREITO EM AVALIAÇÃO ANTERIOR, INDENIZAÇÃO ADICIONAL DE 57,2%.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
Total			40,04 %	R\$ 5.405,40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. PR 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PR 5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. PR 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PR 5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190688912
Nome do(a) Examinado(a):	REGINALDO ANDRADE DUARTE
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BRIGADEIRO DO AR NERO MOURA 435 DOUTOR SÍLVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	015.002.742-75
Data e local do acidente:	19/07/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ USO DE FIXADOR E POSTERIOR OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES); ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MID: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO D + INSTABILIDADE ARTICULAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ENCURTAMENTO DO MEBRO DE 3-4CM: CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR + USO DE MULETAS

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MID: COMPROMETIMENTO ANATOMO-FUNCIONAL GRAVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190688912
Nome do(a) Examinado(a):	REGINALDO ANDRADE DUARTE
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BRIGADEIRO DO AR NERO MOURA 435 DOUTOR SÍLVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	015.002.742-75
Data e local do acidente:	19/07/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ USO DE FIXADOR E POSTERIOR OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES); ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MID: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO D + INSTABILIDADE ARTICULAR +
COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ENCURTAMENTO DO MEBRO DE 3-4CM: CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR
+ USO DE MULETAS

IV) Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

MID: COMPROMETIMENTO ANATOMO-FUNCIONAL GRAVE

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **REGINALDO ANDRADE DUARTE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **000002019-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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\$ 5.405,40

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 57.2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (57.2% de 70%) 40,04%

Valor a indenizar: 40,04% x 13.500,00 = R\$ 5.405,40

Recebedor: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Valor: R\$ 5.405,40

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000002019-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3190688912

3 - CPF da vítima:

01500274275

4 - Nome completo da vítima:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

6 - CPF:

01500274275

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R: BRIGADO AR NERO MOURA

9 - Número:

435

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SIMÃO BOTELHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69314490

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM

16 - Tel(DDD):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:



RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

00002019

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Três dias úteis após a data de emissão do presente documento.

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, 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNC 001/10002/2010

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 01500274275 4 - Nome completo da vítima: REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINANDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 01500274275

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R: BRIGADO AR NERO MOURA 9 - Número: 435 10 - Complemento:

11 - Bairro: SILVIO BOTEHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 9599168367

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: 19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A 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: 3906 CONTA: 00002019 (8)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 01500274275 3 - CPF da vítima: 01500274275 4 - Nome completo da vítima: REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINANDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 01500274275 9 - Número: 435 10 - Complemento: 435

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R: BRIGADO AR NERO MOURA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314490

11 - Bairro: SILVIO BOTEHO 12 - Cidade: BOA VISTA 15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 9599168367

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: — 19 - Profissão do Representante Legal: —

18 - CPF do Representante Legal: —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A 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: 3906 CONTA: 00002019 (8)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: —

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 021614/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 07:53 Data/Hora Fim: 14/10/2019 07:56
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM/RR Nº 811056-J Data: 19/07/2019
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 19/07/2019 18:23

Local do Fato

Bairro: Jóquei Clube

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA MAURO CAMPELLO CRUZAMENTO COM A AV:RIO MUCAJAI
Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1232: DIRIGIR VEÍCULO SEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA DIRIGIR OU CNH OU, AINDA, SE CASSADO O DIREITO DE DIRIGIR, GERANDO PERIGO DE DANO (Art. 309 da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: REGINALDO ANDRADE DUARTE (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 01/01/1991

Profissão: Tatuador

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Edinalva Andrade da Silva

Nome do Pai: Renato Duarte Bezerra

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 350457-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA, DO ARNEIRO MOURA NUMERO 435 Dr SILVIO

Nº: 1061

Bairro: Pintolândia

Nome Civil: IRANILSON DA SILVA VERAS (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 17/02/1999

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vanda da Silva

Nome do Pai: Jose Iran de Andrade Veras

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 454569-9

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 700.175.622-95

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Brigadeiro

Bairro: São Bento

Nº: 691



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

Telefone: (95) 99146-8064 (Celular)

Razão Social: ROP/PM/RR Nº 811056-J (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop/pm/rr Nº 811056-j

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 897.251.232-04	Placa NAS6636
Renavam 01169980861	Número do Motor KC25E0K003955
Número do Chassi 9C2KC2500KR003923	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/11/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Reginaldo Andrade Duarte	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 015.061.922-70	Placa NAN6972
Renavam 00455402639	Número do Motor KC16E5C533312
Número do Chassi 9C2KC1650CR533312	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 18/02/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Iranilson da Silva Veras	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a)

Informo-vos que fomos acionados pela central para atender uma ocorrência de trânsito no endereço acima citado. Ao chegarmos ao local constatamos um acidente de trânsito envolvendo os veículos acima citados. Segundo informação dos envolvidos o condutor item (1), TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA HONDA /CG 150 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA NAN-6972 PELA AV : RIO MUCAJAI SENTIDO BAIRRO: JOQUEI CLUBE E AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM A RUA MAURO CAMPELO ,TENTOU REALIZAR UMA CONVERSÃO A ESQUERDA , MOMENTO QUE FOI COLIDIDO NA LATERAL ESQUERDA DE SUA MOTOCICLETA PELO ITEM 02 QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA /CG 160 START DE COR VERMELHA E PLACA NAS 6636 PELA RUA: MAURO CAMPELO SENTIDO BAIRRO CENTENÁRIO E QUE NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO. INFORMO QUE O SAMU TEVE NO LOCAL E QUE CONDUZIU O ITEM 02 AO HGR COM POSSÍVEL FRATURA E QUE NÃO FOI POSSÍVEL O ACIONAMENTO DA PERECIA POIS O LOCAL JÁ HAVIA SIDO VIOLADO E QUE FOI FEITA AS CONSULTAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS E ESTAVAM DEVIDAMENTE LICENCIADOS POREM AMBOS CONDUTORES NÃO POSSUI CNH OU PPD PARA DIRIGIR, SENDO FEITOS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS CABÍVEIS E QUE O VEICULO DO ITEM 01 FICOU NA RESPONSABILIDADE DO SENHOR ALDRIO DA CRUZ MELO CNH 06630999571 E O VEICULO DO



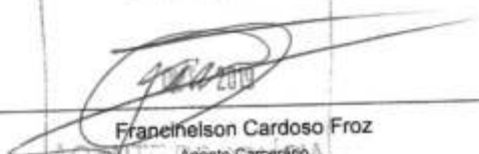
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

ITEM 02 RENATO DUARTE BEZERRA CNH 00612552750 .APRESENTO O ITEM 01 EM PERFEITO ESTADO FÍSICO PARA PROVIDENCIAS.ERA OQUE TINHA A RELATAR.

ASSINATURAS

DAT

Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
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 del origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do Seguro (VSL): 2 - CPF da vítima: 045.002.742.75 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 045.002.742.75
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. BRIO DO AR NERO MOURA 9 - Número: 433 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÍMIO BUTENHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314-490
15 - E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ REFUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para menores de idade. Adotar uma opção)

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

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00002019 8

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

☐ CONTA CORRENTE (Salvo para menores)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária indicada, de minha titularidade, o valor da indenização/pensões do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a perda, 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 6.134/74), 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 acompanhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como a concessão de laudo do IML, encaminhando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes e evidentes de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não implica prévia concordância com a cultura de avaliação médica ou com a decisão do IML, podendo, caso discordar, recorrer ao Poder Judiciário.

DECLARAÇÃO DE LIGAMOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 24 - Sexo: 25 - Data de Nascimento: 26 - Nome completo: 27 - Se a vítima deixou beneficiário(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? 29 - Se filhos vivos, informar: 30 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 31 - Vítima teve filhos? 32 - Se filhos vivos, informar: 33 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 34 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo?

35 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 36 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 37 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 38 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 39 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo?

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso necessária, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos beneficiários que eu apresentar com a prova em minha posse, estando, porém, isento, do que qualquer união ou declaração não verdadeira acerca da ocorrência do sinistro, ficando a responsabilidade criminal por infração ao Artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital do beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina o pedido (a regra): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a regra): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a regra):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha:

40 - Local e Data: BOA VISTA, 26/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

42 - Assinatura da Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):