2726909- C3/ 2020-02231/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

C O N T E S T A Ç Ã O

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**.

Cumpre 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/2015[1], 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/2015[2].

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, CPC[3].

---

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **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 parciais[4].

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 STJ[5].

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)**.

---

[4]RECURSO 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 HOUVE 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 pátrios[6], 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 hipotético[7].

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 pátrios[8].

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 APRECIAÇÃO 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 citação[9].

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 ação[10]

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 horários 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 expresso 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 nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

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

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

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

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

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

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

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;

• Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro na ASL:	3 - CPF da vítima: 04500274275	4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE — 6 - CPF: 04500274275

7 - Profissão: AUTONOMO — 8 - Endereço: R. BRIG DO AR NERO MOURA — 9 - Número: 435 — 10 - Complemento:

11 - Bairro: SINUO BOTELHO — 12 - Cidade: BOA VISTA — 13 - Estado: RR — 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: LUANNA.SOUZA2710@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 CUIDADOR

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 (BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO MENOR, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para pessoas físicas. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Pessoas jurídicas)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 bem como a comunicação do sinistro à VTI, concordando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes ocorrentes no acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Outros

24 - Grau de Parentesco com a vítima: | 25 - 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 teve filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou netos(as)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se teve irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais (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 para recebê-la, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a perda do direito ao recebimento, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

MÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital do primeiro beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 004.[illegible]

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 1355

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO I
EQUIPE: Daiane / Lauciva

SAMU 192

Paciente: Reginaldo Andrade Martins 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: 18:23 BASE ( ) VIA ( ) ( ) RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): Dr. Paulo HORA J/10: 18:28 ( ) CELULAR
MOTIVO INICIAL: moto e moto

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

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO

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

AVALIAÇÃO INICIAL

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

SINAIS VITAIS E ESCORES

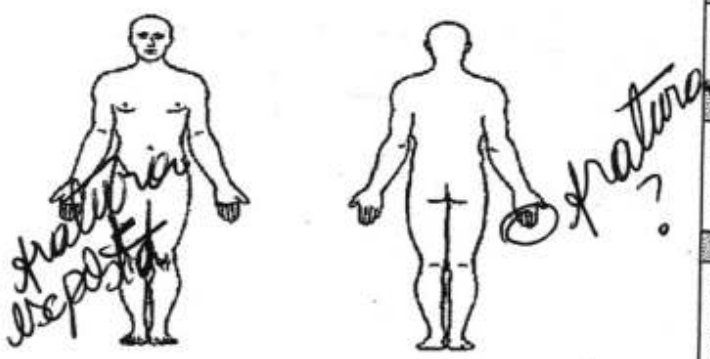
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 19:10	120/80	73	19	98				
Fim 19:10	120/80	73	19	99				

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 – Dor
2 – Hematoma
3 – Contusão
4 – Escoriação
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



ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea
3 – Ao comando
2 – À dor
1 – Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado
4 – Confuso
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos
5 – Localiza a dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- [ ] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia Sinusal
- [ ] Flutter Atrial
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] FV
- [ ] TV
- [ ] AESP
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- [ ] Neurológica
- [ ] Respiratória
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Digestiva
- [ ] Metabólica
- [ ] Infecciosa
- [ ]

HISTÓRIA PEGRESSA

- [ ] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS
- [ ] Alergias
- [ ] Outros
- [ ] Medicação de uso

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

Dr. Jorge Barros Freire
Médico Cardiologista
CRM AM 2004

Assinatura e Carimbo (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 06/12/19

INCIDENTES

- [ ] Cancelamento
- [ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização
- [ ] Não se encontrava no local

MEIOS ACIONADOS

- [ ] Polícia Militar
- [ ] Guarda Municipal
- [ ] Bombeiro
- [ ] Outros:

PERTI DO PAC

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUSA

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:** _____

GESTANTE

Idade Gestacional:	[ ] Movimentos fetais presentes	[ ] Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	[ ] Contrações entre 3-5 min.	[ ] Com cartão da gestante
BCF:	[ ] Contrações com duração > 30s	[ ] Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

[ ] Aspiração	[ ] Máscara laríngea	[ ] Monitorização cardíaca	[X] Imobilização de fraturas
[ ] Cânula de Guegel	[ ] Guia de introdução Bougie	[X] Colar cervical	[ ] Curativos
[ ] Cateter nasal: ___ L/min	[ ] Cricotireostomia cirúrgica	[ ] Headblock	[ ] Parto vaginal
[ ] Máscara facial: ___ L/min	[X] Oximetria	[X] Prancha longa	[ ] Cesárea de emergência
[ ] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[ ] Dreno de tórax	[X] Tirantes	[ ] Imobilização de luxação
[ ] Intubação orotraqueal	[ ] Descompressão torácica	[ ] KED	[ ] Outros:
[X] Acesso venoso Gelco nº 18	[ ] Acesso venosso Scalp nº_____	[ ] Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	2g	EV	18:49				
Tilatil	40mg	EV	18:48				
RL	500mg	EV	18:47				

(6) pares de luvas P, M, G
(1) equipo macro
(3) máscaras

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de colisão moto x moto, LOTS, apresentando, fraturas nos dedos da mão (D) + fratura exposta de fêmur (D), c/ SSVV preservados, ao MR, ao GT.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 06/09/19
Stephanie
Rubrica

Daiane

Daiane Lopes Rodrigues
Assinatura e carimbo do profissional
Téc. Enfermagem
COREN RR

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

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0035969-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003238087

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
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	KWH	KVAR
Atual:	44846	
Anterior:	44272	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	574	
Consumo Faturado:	574	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	15/07/2019
Anterior:	12/06/2019
Próxima Leitura:	15/08/2019
Emissão:	12/07/2019
Apresentação:	15/07/2019

NORMAL 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2835055	M 1420283	1.1.1.2	713

HISTÓRICO kWh

Mês/ano consumo	
JUN/19	518
MAI/19	746
ABR/19	698
MAR/19	652
FEV/19	611
JAN/19	772
DEZ/18	755
NOV/18	760
OUT/18	847
SET/18	696

TARIFA SEM TRIB.(R$): 0 A 574 - 0.634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	574 A R$ 0,764602 =	438,88
CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00		0,15
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		4,40
MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00		0,98
JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00		0,27
MULTA POR ATRASO 05/19-00		11,48
JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00		4,78
ILUMINACAO PUBLICA		31,91

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R$
06/2019	457,62

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/07/2019. O não pagamento poderá ensejar tempo a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800701919120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	112,75
Energia:	239,11
Transmissão:	0,00
Encargos:	12,42
Tributos:	74,60

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	438,88
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	74,60
Valor do PIS:	0,00
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

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0035969-6	492,85
MÊS FATURADO	**VENCIMENTO**
07/2019	01/08/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 003238087 FCAM

836400000004 5 9285007500 0 7 0000000035 6 9696071900 8 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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	**07/2019**	**22-JUN-19 a 23-JUL-19**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
498	**10-AUG-19**	**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	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	**07/2019**	**R$ 441,84**

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

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

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

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

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

Pelo exposto, eu 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.souzza71@hotmail.com	Telefone comercialDDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

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

Assinatura do Declarante

19/2/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOTA 3NO 10- 4

Data Nascimento: 03/01/1991 | Idade: 28 A 6M 18 D | CNS: 702800184153968 | CPF: 01500274275 | Prontuário: 00145060

FGINALDO ANDRADE DUARTE

Documento: 3604573 | Órgão Emissor: SSP | Sexo: M | Estado Civil: SOLTEIR | Raça/Cor: DIAPARDA | Naturalidade: BOA VISTA - RR | Nacionalidade: BRASILEIRA

Pai: RENATO DUARTE BEZERRA | Contato: (95) 99164-6204

DINALVA ANDRADE DUARTE

Ocupação: CARREGADOR

UA - ANTONIO MOREIRA DE MORAES - 366 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

Nº do Cartão | Validade | Autorização | Sis Prenatal

Raça Cor/Etnia: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Cartão de Atendimento | Prioridade | Tipo | Prova | Processo

ACIDENTE DE MOTO

Tipo de Urgência: URGÊNCIA

Procedimento: | Registrado por: CLAUDECI RODRIGUES

GRANDE ISAUMA

Unidade Principal: SAMU CAPITAL

Sindrome Febril | Sit Febril Hemorrágico | Suspeita de Dengue

Queixa Principal

Diagnóstico de Enfermagem

CSC | TOTAL

Anamnese (HDA DA CONSULTA)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ OUTRA SOL ☐ ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revisão
☐ Encaminhado para

☐ Ambulatorio
☐ Observação (Hospital)
☐ Internação
Data e Hora da Saída

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não | Destino: ☐ Fora da | ☐ Hill. Anexar a Declaração

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. ONE, BAIRRO ...
AUTENTICAÇÃO
23 SET 2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

Pacient [illegible] de [illegible] que [illegible]
do mote
SIF bom [illegible] Coxa [illegible]
Radiografia [illegible] de fazer [illegible]
H.D [illegible] Equipe de [illegible]
D.D [illegible]

20.45h
① 1000 ml S.F 0.9% E.V (rapido)
② Tenoxicam 40mg E.V
③ dipirona 1g E.V

Dr. Sakurachi Okamoto
Medico Radiologista
CRM-

HOSPITAL GERAL DE NORATINA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Paraíso Tel (49) 3103-5620
AUTENTICAÇÃO
28 SET. 2019
Confere com o original a presente cópia [illegible]

BLOCO A

alta: 26/03/19

PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

H. G. R

Reginaldo Machado Duarte 146060
702 3010 2184153 16 81 01/01/91
Edinalva Andrade Duarte 1519 9 1 6145 2 0 4
Rua Antonio Menezes Gomes Vila Amazonas
Boa Vista 14040 K R 09/3/1912

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente 0 a 6 anos de idade, sexo masc. de Melhorar após acidente de moto

CONJUNTO DE JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Internação Cirurgia

RESULTADO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS (EXAMES)

Histerec + Exame físico + Radiografia

Fratura Exposta de Fêmur direita

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Cirurgia Fratura Exposta Fêmur direita

Dr. Elder 9/07/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
( ) ACIDENTE DE TRABALHO
( ) ACIDENTE DOMÉSTICO (CASEIRO)

AUTORIZAÇÃO

Dr. Elder Soares
Ortopedista Traumatologia
CRM 4027

04080506 24
5724
V299

alta 6-8

SV 121 °C · 12 min
134 °C · 4 min

NOME DO PACIENTE

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

TIPO DE ANESTESIA

PACOTES COMPRESSAS

PACOTES GAZE

LUVA ESTERIL

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

LÂMINA BISTURI Nº

BRUNO DE ALGODÃO

BRUNO DE GAZE Nº

BRENO DE PERIGOSO

SERINGA 10 ml

SERINGA 10 ml

SERINGA 10 ml

SERINGA 10 ml

SERINGA 10 ml

FIO ALGODÃO SEM AGULHA

FIO ALGODÃO COM AGULHA

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO

FIO PROLENE Nº

FIO SEDA Nº

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA(O)

FUNCIONÁRIO(A) CAIXOTE

ENFERMEIRA(O) DE PALA

MATERIAL NÃO CONSUMIDO

HOSPITAL GERAL DE BONFIM
Rua Dr. Eduardo Gomes, s/n
Nova Marabá - Tel (94) 3321-6620
AUTENTICAÇÃO
24 SET. 2019
Certifico e dou fé que a presente cópia é fiel ao original. Oficial

Reginaldo Andrade Duarte

19.07.19

Catarata Senile Madura OD
Catarata Senile Madura OE
O mesmo

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO:
CIRURGIÃO: Dr. Eglea
AUXILIAR: Dr. [illegible] Soares
AUXILIAR:
ANESTESISTA:
1º SOPRANO: Dr. Odinachi
INSTRUMENTADOR:
ANESTÉSICO:
DURAÇÃO:
INÍCIO:
FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em D.D.H. sob anestesia
2. Asepsia e antissepsia
3. Colocação de campos estéreis
4. Lavagem mecânica subconjuntival com 10L de soro fisiológico 0,9%
5. Sutura de pele
6. Colocação de fraldas e curativo, parcialmente
7. Controle radiológico
8. Curativos
9. R.P.A.

Dr. Odinachi Okeke
Médico Oftalmologista
CRM-AM/RR

207.01

FICHA DE ANESTESIA

19 07 18

Regulado

Reduzir de fontes de Atrito direito

Dra Carlos Fernandes
Médica CRM-RR 1424
Anestesiologista RQE-184

Dr Carlos
Residente Anestesiologia
CRM-RR 2660

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

HOSPITAL GERAL DE COMANDA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planeto
AUTENTICADO
2019

Ortopedia

Regina

Fabio Nobre

DESCRIÇÃO DO ITEM

Lote: 009459 Código: AFX 8 650
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X 1
Fab.:12/11/2018 Val.:12/2023
Registro Anvisa Nº 80863650026
Material ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 010436 Código: FOE 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEVIX SEMI R I
356 - ESTERIL
Fab.:02/01/2019 Val.:01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 009459 Código: AFX 8 650
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X 1
Fab.:12/11/2018 Val.:12/2023
Registro Anvisa Nº 80863650026
Material ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 008465 Código: FOE 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEVIX
FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL
Fab.:29/10/2018 Val.:10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATIVA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

HGR

Nome: Reginaldo Gabriel Duarte Data: 19 / 07 / 19

Data de Nasc: 04 / 01 / 91 Idade: 28 a Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

1. Informações:
Jejum (X) Sim ( ) Não
Gestante: ( ) Sim (X) Não
Exames: ( ) Sim (X) Não
Reserva U/S: ( ) Sim (X) Não
Lateralidade: (X) Sim ( ) Não
SNG: ( ) Sim (X) Não
Alergia: ( ) Sim ( ) Não
Qual:
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não
Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(X) Cadeira
( ) Com Suporte de O2
( ) MOT
( ) Acamado

3. Sinais Vitais:
T: °C
R: rpm
FC: bpm
PA: mmHg
SAT: %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia
21:10	21:30	21:55	23:00	—	Raqui	Hernia inguinal

Cirurgia Realizada: Fundoplicatura laparoscópica

Anestesia: Raquianestesia

Posicionamento: Decúbito dorsal

Hidratação Infundida: SF 0,9%: 1000 ml; SG 5%:

Outros:

Acessos Venosos: Número: 20; Data: 19; Hora: 21:30

Hemocomponentes: CH: Plasma: Plaquetas:

Nº de Compressas Cirúrgicas: 15
Nº de Compressas recebidas: 15

Exames na SO: ( ) Gasometria ( ) Hemograma ( ) RX

Anatomo Patológico: ( ) Não ( ) Sim
Nº Peças:
( ) Cultura
( ) Outros:

Legenda:
1. Eletrodos
2. Oximetro
3. Manguito PA
4. Placa de bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Sonda
11. IOT (X) Não ( ) Sim Nº
12. SVD (X) Não ( ) Sim Nº
13. Outros:

Sinais Vitais: Saída da SO
T: °C
R: rpm
FC: bpm
PA: mmHg
SAT: %
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) Outros:

Localização: 1. Veias 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SpO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'		91		99%	06	0
15'						
30'						
45'						
1h						
01:30 h						
2h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada

Hora	Medicação	Via	Volume	Diluição/Local	Hora	SVD/Cistostomia	Drenos/Qde	Outros
	1000 ml							

Saída

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

19:10h – Paciente admitido na SRPA em ATI, Posição Cirúrgica em decúbito dorsal, consciente, no momento sem queixas, SaO2 99%, FC: 91 bpm, PA: [illegible] Curativo [illegible] Enfermeiro

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DO INCÊNDIO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Carlos Alberto de
Residente de Anestesiologia
CRM-RR

19.7.19

Doc. 01

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

DIH | DN
DATA DE ADMISSÃO
PACIENTE: Maria Andrade Vieira
DIAGNÓSTICO: Fratura Bimalléolar à ferrule
ALERGIAS: NEGA
HAS: NEGA | DM2: NEGA
IDADE: 38 | LEITO: 207-1 | DATA: 17/07/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SOD MANTRE
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	22 04 10 16
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	06 MIF
5	ONDANSETRON 4MG EV 1X/DIA	
6	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV TE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	10 18 02 MIF
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	08 14 20 02
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	10 22 MIF no sítio
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCSG 6/6 H	00
14	CURATIVO DIÁRIO	09
15	Elevar membro 8 c 12 ao dia	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIAGNÓSTICO DE ABSCESSO COM PUS: ABRIR REGULAR (RX), CONTROLE E BRIGADA
[illegible]

Dr. Odinaldo Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM [illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA
PACIENTE [illegible] ACIDENTE ACIDENTE, DEVIDO, QUEIXA, DOR
EXAME FÍSICO: [illegible] ACIANOTICO, ANICTERICO, ANEMICO, CORADO
ORTOPEDICO: [illegible]
SOLICITADO: [illegible] CONDUTA: [illegible]
PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
PREMISSAS DE ALTA:

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

[illegible] RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06 13x80 88 36,8

23:00 Recebo paciente [illegible]
[illegible]
[illegible]
CORENAM-31943-ENF

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

DIA 1960/70 S | DN 01/01/19

PACIENTE: [illegible]
DIAGNÓSTICO: FEMUR DISTAL D

PRESCRIÇÃO

DIETA LEVE
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 10ML EV 8/8 SN
DIPIRONA SÓDICA EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H
DIPIRONA 500MG EV OU 100ML EV DE 6/6H SE DOR E FEBRE
[illegible] SE PAS < 90 E OU PAD < 70 MMHG
[illegible]
CEFTRIAXONA 1G EV OU VO DE 6/6H
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
EUPLITINO DIÁRIO
DEXAMETASONA 4MG VO 1X AO DIA
TRAMADOL 100MG VO DE 8/8 SN
DIPIRONA 500MG EV OU 20MG VO DE 12/12H
[illegible] 25MG EV DE 12/12H

SE [illegible] DIETA DIABÉTICA INSULINA REGULAR (U/U)
GLICEMIA CAPILAR PRÉ-PRANDIAL 251-300: 4U; 301-350: 6U;
[illegible] 400: 18U; ACIMA DE 400: GLICOSE X 10 DRIP GLICOSE
[illegible] AVISAR PLANTONISTA

[illegible]

[illegible] ATIVO, REAVALIAR COM ACTIJANE,
[illegible] CULAS E LOÇÃO [illegible] HIDROLÓGICAS PRESERVADAS, ACERTA REDA
DIETA.
[illegible] ANTIBIÓTICO, [illegible] FUPRFICO,
[illegible] ADL, [illegible] SEM SINAIS DE FLOGOSE

[illegible]

Dr. Rogério V. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1234-RR | ORR 114

[illegible] HR

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1234
Residente de Ortopedia e Traumatologia

LR (126-85) 80 | 37 | 35,80

271

SIM

PRESSÃO

HORÁRIO

SN

SN

SN

SN

SN

SN

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR/RR

12/05 85	18	36,5°C
12/05 88	22	36,5°C
12/12 88		36,9°C
17/12/79 78		36,6°

Paciente operado pela hipertensão foi ad... o item 10 CPM

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualização: 02/2015

Paciente: Reginaldo A. Duarte

Leito: 207-1

Data: 10/7/19

Localização	Região: MSE Grau: I ( ) II (✓)	Região: MSD Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( ) II PP I II III IV 4º ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (✓) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:	( ) II PP I II III IV 4º ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( ) Maceração ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (✓) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 0272-E	Renata Silva Rodrigues COREN-RR 0272-E
Observações		

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

DATA DE ADMISSÃO: DIT 19/07/2019 DN 01/01/1991
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: HAS SIM DM2
IDADE: 28 LEITO 207-1 DATA 22/07/2019
ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE
2 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN
3 DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H
4 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
5 CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
6 SSVV + GOGO 6/6H
7 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/8H
8 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
9 CURATIVO DIÁRIO
10 CILXANE 40MG SC 1X AO DIA
11 TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN
12 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H
13 TILATIL 20MG EV DE 12/12H
14
15 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):
16 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI,
17 351-400: 8UI > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DEVE GLICOSE
18 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
19
20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITAMOS CONDUTA.

PROPEDÊUTICA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	140x90	88		36,5°C
18 H	160x74	84	20	36,4
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1504
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Sch. verificados SSVV e administrados conforme C.P.M.

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – NET

Protocolo nº 1 | Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: [illegible]

Paciente: Reginaldo A. Cunha

Leito: 207-1

Data: 22/07/19

Região: D-T-D

Grau: I ( ) II (X) III (X)

Região: M-S-E

Grau: I ( ) II (X) III (X)

Melhora ( ) Úlcera ( ) Seca

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

Colagenase/Cloranfenicol ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

Outro: [illegible]

( ) 12/12 (X) Diária ( ) 48/48h

Melhora ( ) Úlcera ( ) Seca

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

Colagenase/Cloranfenicol ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

( ) 12/12 ( ) Diária ( ) 48/48h

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

DIH 19/07/2019 DN 01/02/1991

DATA DE ADMISSÃO
PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNOSTICO FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS
IDADE 28
HAS
LEITO SIM 207-1
DM2
DATA 22/07/2019
HORÁRIO

PRESCRIÇÃO

ITEM	
1	DIETA ORAL LIVRE
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H
9	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
11	SSVV + DOGE 6/6 H
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
14	CURATIVO DIÁRIO
16	CEFEPIME 1GMG SC 1X AO DIA
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H
19	TILATIL 20MG EV DE 12/12H
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FISICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, FOI SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO # CONDUTA:

DIRETRIZ CIRURGIA
PREVISÃO ALTA HOSPITALAR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				36
12 H	15[illegible]	[illegible]		
18 H				36,3
24 H	[illegible]	90		

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

06:00 h
PA: 12[illegible] x 79
FC: 83
T: 36,0

12:00 h Paciente estável no leito medicações administradas c.p.m. sem queixas durante o plantão
12:[illegible]

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR

Protocolo: 1 | Versão: 08 | Elaborado em: [illegible]

Paciente: Reginaldo A. Duarte | Data: 23/07/49

Leito: 227-I

Localização	Região: MID	Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II (✓)	Grau: I ( ) II ( )
Aparência do Leito	( ) I PP ( ) II III IV ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração (✓) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) I PP ( ) II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Pele Perilesional	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Tipo de Exudato	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___
Quantidade de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___
Solução de Limpeza	(✓) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Cobertura primária	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Troca	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___
Profissional que realizou procedimento	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Observações		

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2015

Paciente: Reginaldo A. Duarte

Leito: 207-1

Data: 23/04/19

Localização	Região MSE (mão)	Região MSD (mão)
Etiologia	Grau: I ( ) II (✓)	Grau: I (✓) II ( )
Aparência do Leito	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular	(✓) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular
(e/ou Pericicatrial)	( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia	( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia
Tipo de Exudato	( ) Outro:	( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓) Granulação ( ) Epitelização	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização
Solução de Limpeza	(✓) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___	(✓) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Cobertura primária	(✓) Normal ( ) Macerada ( ) seca ( ) Eritema / Rubor	(✓) Normal ( ) Macerada ( ) seca ( ) Eritema / Rubor
Troca	( ) Outro:	( ) Outro:
Profissional que realizou procedimento	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso ( ) Seco	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso (✓) Seco
Observações	( ) Outro:	( ) Outro:
	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (✓) Seco
	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel
	( ) Outro:	( ) Outro:
	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h
	Teresa Alves Mota	

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: [illegible] Idade: 28 ANO
Solicitação: [illegible] Número Interno
Solicitante:
Leito: [illegible]
Origem: [illegible]
Setor: [illegible]
Recebimento:
Data de Emissão: [illegible]

Resultado de Exame

Amostra: [illegible]

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO
Metodologia: M17 - Cinético Picrato Alcalino
CREATININA

Resultado: 1.02 mg/dL
Referência: 0.7 - 1.4 mg/dL

Notas
A creatinina deve ser avaliada por [illegible] de 8 horas [illegible] casos de ingestão [illegible] em um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO
Metodologia: M17 - Cinético (Urease)
UREIA

Resultado: 29.83 mg/dL
Referência: 15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO
Metodologia: M22 - [illegible]
PROTEINA C REATIVA

Resultado: 81.64 mg/L
Referência: 2.0 - 8.0 mg/L

[illegible]

Paciente: Regivaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: 01/01/1991
Idade: 28 ANO
Solicitação: 20/10/2[illegible]
Número Interno:
Solicitante
Leito: 207-I
Setor: [illegible]
Origem: [illegible]
Recebimento:
Data de Emissão: [illegible]

Resultado de Exame

Amostra: 20[illegible]

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA
Metodologia: MS: [illegible]

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	12,60 seg	10,0 - 14,0 seg
INR	0,90	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	31,00 seg	25,0 - 38,0 seg
RATIO	1,14	0,75 - 1,27

Notas

- Não cabe ao Laboratório [illegible] as condições de coleta do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.
- [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: [illegible]
Idade: 28 ANO
Solicitação: [illegible]
Solicitante:
Leito: [illegible]
Origem: [illegible]
Setor: [illegible]
Data de Entrada: [illegible]
Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: [illegible]

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO Metodologia: [illegible]	Resultado Não Reagente	Referência NÃO REAGENTE
TESTE RÁPIDO [illegible]		
CONCLUSÃO [illegible]	AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV	AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este ensaio técnico está [illegible] com o fluxograma [illegible] das testes de infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

[illegible] pelo HIV [illegible] Laboratório são conclusivos [illegible] Elisa Blocos Triplos [illegible] lote 020 [illegible] Dia Medicamentos [illegible] lote 079.6002/12 [illegible]

O diagnóstico Não [illegible] infecção pela [illegible] não descarta a possibilidade de infecção, devendo ser repetido após 30 dias [illegible]

Resultados [illegible] CARGA VIRAL [illegible]

Resultados REAGENTE para infecção pelo HIV e AMOSTRA NÃO REAGENTE para HIV não podem ser aceitos no esquema diagnóstico [illegible]

Quando o indivíduo [illegible] pelo esquema do fluxograma [illegible] FLUXOGRAMA [illegible]

Não [illegible] pelo HIV [illegible] de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente [illegible]

[illegible]
Assinatura
[illegible]

[illegible]

[illegible]

GOVERNO DE MUDANÇA

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: [illegible]
Idade: 28 ANO
Solicitação: [illegible]
Número Interno:
Solicitante:
Leito: [illegible]
Origem: [illegible]
Setor: BLOCO B
Data da Emissão: [illegible]
Resultado de Exame

Amostra: [illegible]

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: [illegible]

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	7.17 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10³/uL
NEUTRÓFILOS	68.50 %	50.0 - 72.0 %
LINFÓCITOS	20.70 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.50 %	2.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	5.50 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	1.93 x10⁶/uL	4.22 - 5.57 x10⁶/uL
HEMOGLOBINA	5.70 g/dL	13.0 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	17.30 %	40.0 - 52.0 %
VCM	89.40 u³	87.0 - 103.0 u³
HCM	29.50 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.00 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.90 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	49.30 fL	35.0 - 56.0 fL
TROMBOGRAMA		
PLAQUETAS	94.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10³/uL
VPM	10.90 fL	6.5 - 12.0 fL
PDW	17.30	9.0 - 17.0
ADP	0.102 %	1.00 - 2.82 %
PCT		

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: 21/07/1961
Idade: 58 ANOS
Solicitação: 2011/471
Número Interno:
Setor: ENFERMARIA
Leito: 207-1
Origem: HGR
Recepcionista:
Data de Emissão: 23/07/2010 às 4h
Resultado de Exame

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 | FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS | HAS SIM | DM2
IDADE 28 | LEITO 207-A | DATA 24/07/2019
ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO

1 DIETA GRAL LIVRE
7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN
8 DIPIRONA 500MG LV OU 20 GOTAS VO DE 6/6
9 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DL 6/6H SE DOR INTENSA
10 CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
11 ESOMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
12 CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 6/6
13 OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
14 CURATIVO DIÁRIO
15 ENOXAPARINA 40MG SC 1X AO DIA
16 TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN
17 CIPROFLOXACINO 400MG LV OU 500MG VO DL 12/12
18 TINAMAX 200MG LV DE 12/12
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 DU/ML: GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA SIM A DIETA.
AO EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, ACORÁL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EVOLUÍDO DE MEMBROS INFERIORES TRANSANTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: CONDUTA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DATA SEMANA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TR
6 H	12/7	72	36,2
12 H	12/7	72	36,1
18 H	12/7	80	36,0
24 H	12/7	80	

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

066. PA 130x90
p. 78
T: 35.9°C

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH 19/07/2019 | DN 01/01/2001
PACIENTE: RONALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FEXOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS | HAS SIM | DM2 | DATA 25/07/2019
IDADE 38 | LEITO 207-1 | HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	
	DIETA ORAL LIVRE	SN
	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	
	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H	
	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
	SINV + COGO 6/6 H	
	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
	CURATIVO DIÁRIO	
	CELEXAL 400MG VO 1X AO DIA	
	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
	TAUL 20MG EV DE 12/12H	
	DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR P/ ANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÊRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE CURATIVO TRANSABDUTORA D, SEM SINAIS DE FLOGOSE

#SOLICITAÇÃO - #CONDUTA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

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

17:30 hs. Paciente RUPNIS
D. [illegible] Conduta [illegible]
cação [illegible] 5-13-16 e SNV
[illegible]

Dr. [illegible]
[illegible]
CRM RR [illegible]

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR

Protocolo: 1 | Versão: 08 | Enfermeiro:

Paciente: Reginaldo A. Duarte | Data: 25/07/19

Leito: 207-1

Localização	Região: MZD Grau: I ( ) II (X) III ( )	Região: Grau: I ( ) II ( ) III ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ( ) Quimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Serosa ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Serosa ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Moderado ( ) Grande ( ) Seco	( ) Moderado ( ) Grande ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou o procedimento	Nome: Dara Paula Lourenço Coren: 457.231 - TE	
Observação:		

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: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: | HAS SIM | DM2
IDADE 28 | LEITO 207-1 | DATA 27/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
6	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + GCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 8/8H	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
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 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: # CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
H	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	110/90	84		36°C
18 H	130/90	75		36,1°C
24 H	120/60	80		36,2°C
07H	100/60	75		36°C

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

Thaís Pereira Silva
COREN-RR 759 581-TE

Dr. Pedro Di Giovanni

Trocar AVPs 2x ciclos.

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: FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: FAS SIM | DM2
IDADE: 28 | LEITO: 207-1 | DATA: 28/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL VRL	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	
6	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
13	OMEPRAZUL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	DEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	TRAMAL 100MG VO DE 6/6H SN	
18	CIPROF. OXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU 3 GOSE + 70 ML GLICOSE 50% 40 ML EV – AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
AO EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: CONVIDADA:

Dr. Elmer Soares
Ortopedista Traumatologista
CRM 1429/RR

~~PROGRAMADO DE ENERGIA~~
~~PREVISÃO DE ALTA~~ | ~~SEM REVISÃO~~

SINAIS VITAIS

HORAS	PA	FC	FR	T
6 H	120x80	79		36
12 H	110x70	88		36,1
18 H	120x80	84		36,3
24 H				

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

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo A. Duarte		
		Leito: 207-2	Data: 28/07/19	

Localização	Região: M.I.D. Grau: I (X) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : __ Tração __ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : __ Tração __ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros__	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal (X)Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolenta ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		
Observações:		

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 REGINAL DO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO X EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	23	LEITO	248-A	DATA	29/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SN DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVV - DCGG 6/6 H	
7	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	DERATIVO DIÁRIO	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CEFTRIAXONA 400MG EV OU 800MG VO DE 12/12H	
13		
14		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DL 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DL 8.1

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

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H	130x80	90	36ºC

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR

Protocolo nº 1 | **Versão:08** | **Elaborada: 02/2013** | **Atualizada: 12/2018**

Paciente: Reginaldo Andrade Alvarte

Leito: 208-2 | **Data:** 29/07/2019

Localização	Região: MSD Grau: I ( ) II (X)	Região: MSD Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : Tração (X) Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : Tração (X) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outras	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (X)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )Seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-RR	Renata Silva Rodrigues COREN-RR
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			
AGENTE	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D			
ALERGIA	HAS	SIM	DM2	
LEITO	28	LEITO	208-2	DATA 31/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL LIVRE	SND
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + COGG 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	SN
13	ENOXAPARINA 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#FUNCIONAL: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. ACEITA BEM A DIETA. DIA DE 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7 APÓS TRANSFUSÃO HB 8,5 E B.

EXAME FÍSICO: LUCIDO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E CONDUTA:

SINAIS VITAIS

	BH	PA	FC	FR	
PRÉ-OPERATÓRIO		DATA DE CIRURGIA			
	7,1				
PREVISÃO DE ALTA		SEM PREVISÃO			
48 H	12,5	13 x 7	72	12	35,6
24 H	13,9	14 x 7	92		36,2

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

Dr. Victor Montenegro
Traumatologia - Ortopedia
CRM-RR 1025

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

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: SINALDO ANDRADE DUARTE					
DIAGNÓSTICO: FRAX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D					
ALERGIA:		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	01/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNDD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	BSVV + CCCG 6/6 H	APÓS REALIZAR
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	06
15	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	18
17	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	RETIRAR
18		
19		
20		
	DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 20 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 02.26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB D. 8.1

#EXAME FÍSICO: HEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE COLAR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

#HIPÓTESE E CONDUTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	VA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

10h 35,5 / PA 85/69

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2015 Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		
		Leito: 208-2	Data: 01/07/2020	

Localização	Região: MIE	Região: MIE c/ OAA
Etiologia	Grau I ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	Grau II ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda (X) Outros ___	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Maceração ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Joana Darc Pinto Lopes COREN-RR 201.651	Gerala Silva Rodrigues COREN-RR 201.825-ENF

Observações:

208

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 FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA | HAS | SIM | DM2

IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	02/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL - VRF	SVD
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
9	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + CGSG 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	
18		
19		
20		SN
	SEMIDIÁRIO 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 DIAM: GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, 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 8.7.

AO EXAME FÍSICO: BEG, ACORÁDICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, MUCOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE CURATIVO TRANSVASCULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: 1 CONDUTA:

SINAIS VITAIS

	SH	PA	FC	FR	T
PRÉ-ANESTÉSICO DE CIRURGIA					
17	12 H	134/75	70		36,0
17	18 H	130/77	78		36,0
	24 H				
19		140/90	70		36,0

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

Dr. Bruno Fernandes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1041

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

Dia: Data: Enfermeiro: Leito: 005-2

Nome Completo: RAIMUNDO INACIO QUEITE DN: 04/03/94 Sexo: ( ) F (X) M

Hipótese Diagnóstica:

Isolamento (Tipo e Motivo): ( ) Sim (X) Não ( ) Gotícula ( ) Contato ( ) Gotícula + aerossol ( ) Gotícula + perdigotos

Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual/Quê:

Necessidade de Internação: ( ) Sim (X) Não Condições:

Locomoção/Deambulação: (X) Sim ( ) Não Uso:

Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Ordens de tropas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGICO

(X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Confuso ( ) Comatoso
( ) Letargico ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocardíaco ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: ____
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: ____
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: ____

PUPILAS

(X) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

(X) VO ( ) SNG/GTT ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Intestino: (X) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
(X) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
Fezes: (X) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Fria ( ) Quente
( ) Hipotermia

REGULAÇÃO ABDOMINAL

(X) Não distendido ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Ascítico (X) Macico ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: (X) Presente ( ) Ausente
Peristalse negativa: ( ) Sim (X) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE

(X) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
(X) Normocorada ( ) Pálida ( ) Hipocorada
(X) Aquecida ( ) Úmida ( ) Fria
(X) Íntegra ( ) Edema Local: ____
Presença de prótese: ( ) Sim (X) Não
Região: ____
Curativo realizado: ( ) Sim (X) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea ( ) SVD ( ) Aberta ( ) Algália
( ) Volume ( ) Débito ( ) Coletor ( ) Hematúria
( ) Oligúrica ( ) Infusão contínua ( ) Grapes

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Normal ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ortopneico ( ) Traqueostomia
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/TUBOS E PRÓTESES

Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não Local: MSD Data: 02/07 Trocar em: 04/08
Cateter Central: ( ) Sim (X) Não Local: ____ Data da inserção: ____ Trocar em: ____
Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SDE ( ) STT ( ) Drenagem ( ) Sifonagem
Drenos: ____ Aspecto da secreção: ____ Quantidade: ____
Cateter Venoso Central: ( ) Sim (X) Não Data da instalação: ____ Trocar em: ____
Próteses: ( ) Sim (X) Não Tipo: ____ Local: ____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Débito cardíaco prejudicado
( ) Risco de infecção
( ) Risco de desequilíbrio de massa corporal
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio de volume
( ) Volume de líquidos variáveis
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
(X) Mobilidade física prejudicada
(X) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
(X) Padrão de sono prejudicado
( ) Déficit no autocuidado para higiene
(X) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Quedas
Não 0
Sim 25

2. Diagnóstico Secundário
Não 0
Sim 15

3. Auxílio na Deambulação
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0
Muleta/Bengala/Andador 15
Mobiliário Parede 30

4. Terapia Endovenosa/dispositivo heparinizado
Não 0
Sim 20

5. Marcha/Deambulação
Normal/Sem deambulação/Acamado 0
Fraca 10
Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental
Orientado/Limitado/conhece as limitações 0
Superestima capacidade/Esquece limitação 15

TOTAL: (X) Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de quedas no leito

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

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	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	03/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNVD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN 14:30
4	TRAMAL 100MG + SFG,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	NSUV + OCGO 6/6 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIARIO	Curativo
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	Curativo
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML: GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM DORES ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. NA 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 FISICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS					SOLICITAÇÕES / CONDUTA
12	130/99	78	12	36,3	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 h	110/73	84	16	35,8	
24 h	110/64	60	20	35,8	

Dr. Augusto C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1964

NEDILIGENT PRESTO
COREN-RR 281.158 - TE

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE: PRESINALDO ANDRADE DUARTE					
DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D					
ALERGIA:		PAS	SIM	DMZ	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	04/08/2019

Item	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SU
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
6	SSVV + GCGS 3/8 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SU
8	[illegible] 40MG VO 1X AO DIA	
9	ENOXAPARINA	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (GC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI. E OU GLICOSE 5 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV = AVISAR PLANTONISTA	SU

EVOLUÇÃO MEDICA:

#ENDOMFRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BLM A INFE. 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 8,3

#EXAME FISICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE

#PROGRAMAÇÃO CIRURGIA:
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	130/81	67	16	35,9

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

SUPERINTENDÊNCIA DE ENFERMAGEM - PLOCOS AMBULATORIAL

Data: Leito:

Sexo: ( ) F ( ) M

Hipótese Diagnóstica:

Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Vaso ( ) Contato ( ) Gotículas - aerossol ( ) Sondas - perfurantes

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual:

Dispositivos Invasivos: ( ) Sim ( ) Não Qual:

Consciência: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Deficiência visual ( ) Fala ( ) Dificuldade ambulatorial

SISTEMA TEGUMENTAR: ( ) Íntegro ( ) Ortostático ( ) Dado fechado ( ) Hiperemia ( ) Edema ( ) Palidez ( ) Sinais de cianose ( ) Não avaliado

SISTEMA CARDIOVASCULAR: ( ) Ritmo sinusal ( ) Arritmia ( ) Taquicárdico BC: ( ) Normotenso ( ) Hipertenso ( ) Hipotenso PA: ( ) Pulso cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso:

FURICAS: ( ) Normais ( ) Diarréia ( ) Melena ( ) Ostomias ( ) Ausência ( ) Colostomia ( ) Não respeitam

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL: ( ) SNG/SOG ( ) SVO ( ) GTT ( ) NPT

Aceitação da dieta: ( ) Bom ( ) Não ( ) Perda ( ) Apetite ( ) Náusea ( ) Vômito ( ) Diarréia ( ) Constipação ( ) Melena ( ) Presente ( ) Ausência

CIRCULAÇÃO TERMINAL: ( ) Normotérmico ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico ( ) Frio ( ) Quente

CIRCULAÇÃO ABDOMINAL: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Hígido ( ) Edema ( ) Dolorido ( ) Timpânico ( ) Ausência ( ) Presente ( ) Ausência Sinais vitais alterados: ( ) Sim ( ) Não HD: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE: ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Hipervascularizada ( ) Hipovascularizada ( ) Cianótica ( ) Icterícia ( ) Cianótica ( ) Lesão Local: ( ) Presença de prótese: ( ) Sim ( ) Não Qual:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE: ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Oligúria ( ) Polaciúria ( ) Dêbito ( ) Colúria ( ) Hematúria ( ) Disúria ( ) Urgência miccional ( ) Uroper.

Sinais de infecção urinária: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ( ) Eupnéico ( ) Dispnéico ( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Apnéico ( ) Traqueostomia ( ) Tosse ( ) Não Qual:

CONTAGEM DE CATETERES/SONDAS/DRENAGENS/ORTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: MSE Data: 03/08/19 Trocar em:

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

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

Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) CTI ( ) Lavagem ( ) Drenagem

Drenos: Aspecto da secreção: Quantidade:

Colostomia: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: Trocar em:

Ostomias: ( ) Sim ( ) Não Tipo: Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Eliminação Prejudicada
( ) Risco de infecção
( ) Débito de sucção desequilibrado
( ) Sinais de alerta instável
( ) Risco de desequilíbrio de volume
( ) Volume de líquidos excessivo
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
( ) Mobilidade física prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio da temperatura corporal
( ) Perfusão de sono prejudicada
( ) Déficit no autocuidado para higiene
( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Bronco-aspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Queda no último mês: Não 0 / Sim 25
2. Diagnóstico secundário: Não 15 / Sim 0
3. Auxílio à deambulação: Normal/Sem deambulação/Acamado 0 / Fraca 10 / Comprometida/Cambaleante 20
4. Terapia Endovenosa/Heparina bloqueada: Não 0 / Sim 20
5. Marcha/Deambulação: Normal/Sem deambulação/Acamado 0 / Fraca 10 / Comprometida/Cambaleante 20
6. Estado Mental: Orientado/Não orientado/Esquece as limitações 0 / Superestima capacidade/Desconhece limitação 15
Normal/Acamado/Cadeira 0
Tontura/Sedação/Amnésia 15
Cambaleante/Parede 20
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior ou igual a 45

Prescrição para prevenção de quedas no leito

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		
		Leito: 208-2	Data: 04 / 08 / 2019	

Localização	Região: [illegible] Grau: I ( ) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma: Tração Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( )Macerado ( ) Seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( ) Seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	[illegible]	
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	05/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
2	DIETA ORAL LIVRE	SND
3	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
4	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + GCOC 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
16	CURATIVO DIÁRIO	
18	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		
	DE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS 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 FISICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO # CONDUTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	122/72	72	18	36,7
24 H				

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PROCESSO ADMISSIONAL

Leito: 02 Data: 02/07/20 Enfermaria: 208 Teste: [illegible]

Nome Completo: [illegible] Sexo: [illegible] F [illegible]

Nome Social:

Isolamento de Contato: [illegible] Sim [illegible] Não [illegible] Padrão [illegible] Contato [illegible] Gotícula - respiratório [illegible] Gotícula - perigoso

Alergia: [illegible] Qual:

Necessidade de Acompanhante: [illegible] Sim [illegible] Não Qual:

Dieta: [illegible] Sim [illegible] Não [illegible]

Deambulação: [illegible] Normal [illegible] Sem deambulação [illegible] Auxiliado [illegible] Cadeira de rodas [illegible] Cama [illegible] Comprometida/cambaleante

CONTROLE VENOSO
[illegible] Preservado [illegible] Fibrosado [illegible] Comprometido
[illegible] Dolorido [illegible] Congestionado [illegible] Ausente
[illegible] Ativado [illegible] Evade a estímulos [illegible] [illegible]

CONTROLE CARDIOVASCULAR
[illegible] Normocárdico [illegible] Bradicárdico [illegible] Taquicárdico BC: [illegible]
[illegible] Normotenso [illegible] Hipotenso [illegible] Hipertenso PA: [illegible]
[illegible] Pulso cheio [illegible] Filiforme [illegible] Arrítmico Pulso: [illegible]

TURGOR
[illegible] Normal [illegible] Vícios [illegible] Ausente
[illegible] Edemaciado [illegible] Anasarcas [illegible] Não mensurado

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
[illegible] VO [illegible] SNG/SOE [illegible] SNE/SOE [illegible] GTT [illegible] NPT
Aceitação da dieta: [illegible] Sim [illegible] Não [illegible] Parcial
Evacuações: [illegible] Presente [illegible] Ausente [illegible] Colostomia
[illegible] Normal [illegible] Diarreia [illegible] Constipado [illegible] Melena
[illegible] [illegible] [illegible] Retardo

REGULAÇÃO TÉRMICA
[illegible] Normotérmico [illegible] Hipertérmico [illegible] Hipotérmico
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
[illegible] Hipotérmico

REGULAÇÃO ABDOMINAL
[illegible] Normoperistaltismo [illegible] Hiperperistaltismo [illegible] Silêncio [illegible] Flácido
[illegible] Acético [illegible] Meteorismo [illegible] Timpânico
Palpação Hepatomegalia: [illegible] Firme [illegible] Ausente
Visceromegalias: [illegible] Sim [illegible] Não FO: [illegible] Sim [illegible] Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE
[illegible] Íntegra [illegible] Desidratada [illegible] Resecada
[illegible] Normocárdico [illegible] Humedecida [illegible] Hipercorada
[illegible] Anicérico [illegible] Lívido [illegible] Cianótico
[illegible] Corado [illegible] Edema Local: [illegible]
[illegible] Sim [illegible] Não
Sondas:
[illegible] Sim [illegible] Não FO: [illegible] Sim [illegible] Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
[illegible] Espontânea [illegible] SVD [illegible] Anúria [illegible] Oligúria
[illegible] Clara [illegible] Oligúria [illegible] Escura [illegible] Hematúria
[illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Dragen

SISTEMA RESPIRATÓRIO
[illegible] Eupneico [illegible] Taquipneico [illegible] [illegible] [illegible] Ambiente [illegible] Taquipneico
[illegible] Normal [illegible] Sim [illegible] Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES
[illegible] Sim [illegible] Não Local: [illegible] Data: [illegible] Trocar em: [illegible]
Cateter Central: [illegible] Sim [illegible] Não Local: Cuidado realizado em: Trocar em:
[illegible] Sim [illegible] Não
[illegible] VS [illegible] Não [illegible] SNG [illegible] SNG [illegible] SNE [illegible] SOE [illegible] GTT [illegible] Sangram [illegible] Sangram
Drenos: Aspiração: Quantidade:
[illegible] Sim [illegible] Não Fixação: Trocar em:
[illegible] Sim [illegible] Não Local:

CONTROLE DE ENFERMAGEM

[illegible] Digestão Prejudicada	[illegible] Padrão respiratório reflexo	[illegible] Risco de Lesão por Pressão
[illegible] Risco de Infecção	[illegible] Ventilação espontânea prejudicada	[illegible] Risco de Quedas
[illegible] Risco de aspiração-sangramento	[illegible] Mobilidade física prejudicada	[illegible] Risco de Broncoaspiração
[illegible] Risco de glicemia instável	[illegible] Risco de integridade da pele prejudicada	[illegible] Eliminação urinária prejudicada
[illegible] Risco de desequilíbrio de volume	[illegible] Risco de assepsia e na temperatura corporal	[illegible] Risco de constipação
[illegible] Volume de líquidos excessivo	[illegible] Perfusão tecidual prejudicada	[illegible] Comunicação deficiente
[illegible] Volume de líquidos deficiente	[illegible] Déficit no autocuidado para higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/Heparina/Sedativo	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem necessidade/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Cadeira	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/Memória/Capacidade de escolha	0
Mobília/Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitações	15
TOTAL: [illegible]	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Acima de 45

Prescrição para prevenção de quedas no leito

SESAU Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Paciente com fx de fêmur

70 anos

Anemia + Rx + Ex. Físico

Fx fêmur

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

04080603 60

T842

Y848

FICHA DE ANESTESIA

6/8/18

HGR

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Reginaldo Andrade Duarte

Data de Nasc.: 01 / 01 / 91 Idade: 28 Setor/Leito: 208-2 Data: 08/08/19

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: RMS + Tração MTD

1. Informações:
Jejum: ( ) Sim ( ) Não
Prótese: ( ) Sim ( ) Não
Dentes: ( ) Sim ( ) Não
Reserva (D): ( ) Sim ( ) Não
Laboratorio: ( ) Sim ( ) Não
ECG: ( ) Sim ( ) Não
Alergia: ( ) Sim ( ) Não
Cirurgia
Possui Banco de Sangue: ( ) Sim ( ) Não
Outros:
Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
( ) Cadeira
( ) Maca Superior: O2
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T: 36°C
FC: 88 bpm
PA: 120/80 mmHg
FAT: 100
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Indicação do Paciente):
Reinalda colocado [illegible]
[illegible] de RMS + Tração MTD

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
16:00	16:05	16:15	16:30	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
RMS + MTD + Tração	Raquianestesia	Dorsal

Hidratação/Volumes: SF 0,9%: Glicose: Outros:
Eletrocauterização: Neutro: Terra:
Hemocoagulados: Clips: Pinças: Fios: Agulhas:
Anotações Cirúrgicas: Sangue: ( ) Sim N° Vagas: ( ) Cultura ( ) Outros:
N° de Compressas Cirúrgicas:
N° de Compressas Cirúrgicas:
Termo da SO: ( ) Fotos ( ) Vídeo ( ) Hemograma ( ) RX ( ) Kasometria ( ) Outros:

Legenda:
1. Hematoma
2. Cicatriz
3. Hipertensão PA
4. Alergia de Repouso
5. Infecção
6. Calcificação
7. Venóclise
8. Trauma
9. Sangramento
10. Gangrena
11. PCR ( ) Não ( ) Sim N°
12. SVD ( ) Não ( ) Sim N°
13. Outros:

Sinais Vitais: Saída da Sala:
Destino: ( ) UTI ( ) Enfermaria ( ) Outros:

SRPA

Anestesia: Sedação
Cirurgia: RMS + Tração MTD

Localização:
1. Cirúrgico
2. Curativo
3. Gesso
4. Acesso
5. Outros: Tração

Sinais Vitais

Período	T	FC	PA	SpO2	ALDRETE	DOR 0/10
5'						
15'		84	120/80	99		
30'						
45'						
1h						
C.S.F						

Observações:

RACIOCÍNIO CLÍNICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada					Saída				
Hora	Medicação	FC	SpO2	Sangramento	Hora	SVD/Acesso	Drenos/Quant	Curativos	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Pós de RMS + Tração em MTD. Sob sedação de oxigênio. Relata [illegible]

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro Responsável pela Sala

208 - 2

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

DATA ADMISSÃO | DIH | DN
PACIENTE
DIAGNÓSTICO
ALERGIA | HAS | NEGA | DM2 | NEGA
LEITO | DATA
IDADE

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	[illegible] EV S/N	
4	DIPIRONA 500 MG EV 6/6H	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALOXONA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 H	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	[illegible] 20MG EV 6/6H	
11	CEFEPIME 2G EV 12/12h	
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
17	[illegible] + CCDG 6/6 H	
18	CURATIVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (BC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI E SOL GLICOSE 50%
10 ML, GLICOSE 50% 20 ML EV E AO SAIR PLANTONISTA

OVO HIPOMEDICA:
[illegible]
[illegible]
NORMOCITOSE, TERAPÊUTICO
[illegible] MANTIDA
[illegible]
[illegible]

Dr. [illegible]
Membro [illegible]
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRMRR [illegible]

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	150 x 70	84		35,4 °C

[illegible]

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				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		RIAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	07/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO, CIRURGIA HOJE A TARDE	SN D
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	DIPIRONA 500MG EV 06 E 12 GOTAS VO DE 8/8H S/N	SN
9	TRAMADOL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + OCGG 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
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 DI/ML: GLICOSE 50% 40 ML EV – AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 20/7/19 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, ESTENIOTICO, ANICTÉRICO, ACORÁPIL, EUPNEICO, NIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL

#SOLICITAÇÕES #CONDUTA

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

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1064
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: 00/01/1990
Idade: 28 ANO
Solicitante:
Número Interno:
Setor: BLOCO B
Leito: 209-2
Origem: UCA
Recebimento:
Data de Emissão: 07/05/2020 17:20

Resultado de Exame

Atendimento: 20117277

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: X-6 - Anticoagulado (ca 5280)

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	5.35 x10³/uL	1.0 - 10.0 x10³/uL
NEUTRÓFILOS	55.80 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	33.60 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	5.10 %	2.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	4.20 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	3.75 x10⁶/uL	4.32 - 5.62 x10^6/uL
HEMOGLOBINA	10.10 g/dL	13.5 - 17.5 g/dL
HEMATÓCRITO	34.60 %	40.0 - 50.0 %
VCM	92.40 ug/L	80.0 - 100.0 fL
HCM	26.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	29.10 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	14.00 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	54.60 fL	35.0 - 56.0 fL
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	177.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10³/uL
VPM	9.40 fL	6.0 - 12.0 fL
ADF	17.70	9.0 - 17.0
PCT	0.166 %	1.08 - 2.82 %

Liberado

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	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	08/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	COLA TRAÇÃO PRO CIRURGIA HJ A TARDE	9:00
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SU
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SU
4	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU CRIS 17:20
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
6	SSVV + CCGG 6/6 H	Após 7 Realizar
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	SU
8	OMEPRAZOL 20MG VO 1X AO DIA	6h
9	CURATIVO DIÁRIO	Cuidado
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	18h
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50 ≤ 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SU 18:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, 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
AO EXAME FÍSICO: DEG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, HIPODCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOCOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL

56 kg
PA 130x82
FC 80

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	T
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA 12 H				
PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO			
18 H	112/60	92	22	36
24 H	114x63	98		36.0

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

Obs: Reforma álgica sendo realizada

Cristiana Sarmento de Souza
Enfermeira

Cristiana Sarmento de Souza
Enfermeira

Cristiana Sarmento de Souza
Enfermeira

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
	Paciente: REGINALDO ANDRADE		
	Leito: 208-2	Data: 08 / 08 / 19	

Localização	Região: MIO Grau: I ( ) II (X) 2	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma : (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Sero ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Sero ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Colagenase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro	( ) Gaze ( ) Colagenase/Colagenase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou o procedimento	Isaquio S. Pereira COREN-RR 519.895	
Observações		

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

ENTRADA		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REMINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	09/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	[illegible] CIRURGIA 8J A TARDE	[illegible]
2	[illegible] CEFTRIAXONA 1G EV 8/8H S/N	[illegible]
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	[illegible]
8	TRAMAL 100MG + SFD,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	[illegible]
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	[illegible]
11	SSVV + COGG 6/6 H	[illegible]
12	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	[illegible]
13	METRONIDAZOL 40MG VO 1X AO DIA	[illegible]
14	CURATIVO DIARIO	[illegible]
15	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	[illegible]
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB UNICO TRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO : # CONDUTA :

SINAIS VITAIS				
HORA	PA	FC	FR	
12 H	[illegible]	[illegible]	18	36,3°C
18 H	[illegible]	[illegible]		35,8°C
24 H				

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

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

NOME	ADÁRSSIO	DIH	10/07/2019	DN	01/01/1991

DIAG: FEMURINA LOD ANDRADE DUARTE
COMPLICAÇÃO: PARESTESIA E PARESIA DE PERNA DISTAL D

ALERGIA		HAS	SIM	DM2	
LOCAL	2A	LEITO	208-2	DATA	09/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL 2 ANO CIRURGIA – JANTAR DE	
2	[illegible] CLOPRAM. DA 10MG EV 8/8H S/N	
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	
4	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
6	[illegible] 6/6 H	
7	TRAMA 100MG VO DE 8/8H SN	
8	[illegible] 50MG VO 1X AO DIA	
9	[illegible]	
10	COLCANE 40MG VO 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14	SE GLICEMIA COM INSULINA REGULAR (CO),	
	DIPIRONA SE ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
	351-400: 8UI; > 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DU/ML GLICOSE	
	50% 20 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 29/7/19 REALIZOU 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 : 10,4
AO EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOGLICORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS. EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

A SOLICITAÇÃO E A CONDUTA.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

PERFUSÃO ABDOMINAL

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

SISTEMA RESPIRATÓRIO

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DREnOS/ÓTESES E PROTESES

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Escala de Morse

Prescrição para prevenção de queda no leito

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: REINALDO ANDRADE		
		Leito: 208-2	Data: 09 / 08 / 19	

Localização	Região: MIE Grau: I ( ) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?? ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro.	( ) LPP I II III IV ?? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro.	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento.	[illegible]	
Observações.		

208-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA 9/8/19
PACIENTE: Raimundo Lourenço Duarte DN: 1/1/91
DIAGNOSTICO(S): Fratura exposta de fêmur
DIE: 20/7/19
KANBAM: DEG:
EXAMES ADMISSIONAIS(DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leu: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
TGO: PH: BE: PO2: PCO2:
EAS:
CULTURAS(/ /):
IMAGEM:

EXAMES DE TRANSFERENCIA(DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leu: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: TGO: PH: BE: PO2: PCO2:
EAS:
IMAGEM:

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

TERAPIA INSTITUIDA: Sintomático. Paciente com cirurgia programada para o dia 20/8/19

EVOLUÇÃO CLINICA: Melhor
Vai Evoluir

Sob Visto, 9 de agosto de 2019 Hora

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

208-2

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

DATA DA ADMISSÃO		DIH	12/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	RAIMUNDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	10/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HJ A TARDE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H 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
11	SRVV + CODGO 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
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 5% 70 DL/ML GLICOSE 10% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DILTA. 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: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO : # CONDUTA :

PROGRAMADO PO CIRURGIA
PREVISÃO: FALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	121/71	68	—	35,8°C
18 H	115/88	69	—	36,5°C
24 H	124 x 71	74	—	37,0

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

Dr. Jonathas C. Alves
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Trauma
CRM-RR 1359 TEOT 14475

Jx colocado SVP.
c 61 00 h
PA: 152 x 81 mmHg
FC: 73 bpm
Tax: 36.5

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 ; Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		
		Leito: 208 - 2	Data: 10/08/19.	

Localização	Região: M.I. D HX Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ** ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : (X) Tração ___ Fixador Externo (X) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ** ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiologico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiologico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura Primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: Alginato	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações:		

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				
AGRAVO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIA		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	11/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
6	DIETA ORAL LIVRE	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	20/15
9	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + GCGS 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIARIO	
16	CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS 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 : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO : # CONDUTA .

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA .
VISTO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	161/55	78	--	36,5°C

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

Dr. Augusto Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

Cont. Baixa a mudança de Paciente Kleber AVP.
PA 130/90
F 66
T 36,8°C

208-2

HISTORETICA, EXAME DA ANÁLISE CLÍNICA DE ENFERMAGEM - RESOLUÇÃO 358/2009

Data:

Sexo: ( ) F ( ) M

Precauções: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parada ( ) Choque ( ) Choque - Vasoso ( ) Choque - perigoso

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual (is):

Necessidade de intérprete: ( ) Sim ( ) Não

Dor: ( ) Sim ( ) Não Local:

Sinais Vitais: ( ) Normal ( ) Sem pressão ( ) Acordado ( ) Coloração normal ( ) Cianótico/Ictérico/Pálido

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

( ) Orientado	( ) Desorientado	( ) Desorientado
( ) Calmo	( ) Confuso	( ) Confuso
( ) Agitado	( ) Reagindo a estímulos	( ) Reagindo

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico	BC:
( ) Normotenso	( ) Hipotenso	( ) Hipertenso	PA:
( ) Pulso Cheio	( ) Fraco	( ) Arrítmico	Pulso:

PUPILAS

( ) Fotorreagentes	( ) Mióticas	( ) Dilatadas
( ) Anisocóricas	( ) Anisocóricas	( ) Não reagentes

NUMERAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) VO	( ) SNG/SOG	( ) ENE/GTT	( ) GTT	( ) NPT

Aceitação dietética: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial

Sintomas: ( ) Náusea ( ) Vômito ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena ( ) Hematêmese ( ) Ausência

HIDRATAÇÃO E ABDOMINAL

( ) Normoemia	( ) Desidratada	( ) Edema	( ) Flácido
( ) Anêmica	( ) Mucosa	( ) Timpânico	
Ruídos hidroaéreos:	( ) Presente	( ) Ausente	
Peristaltismo:	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim	( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Íntegra	( ) Desidratada	( ) Ressecada	
( ) Normocorada	( ) Hipocorada	( ) Pálida	
( ) Palidez	( ) Icterícia	( ) Cianótica	
( ) Edema	( ) Sudorese	Local:	

Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não

Local:

Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SIM ( ) NÃO

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea	( ) VO	( ) Anúria	( ) Oligúria
( ) Poliúria	( ) Diúrese	( ) Colúria	( ) Hematúria
( ) Glicosúria	( ) Urgência urinária		( ) Disúria

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Dispnéia	( ) Bradipnéia	( ) Taquipnéia	( ) Normal	( ) Ausência	( ) Secreções
( ) Sim	( ) Não	Qual:			

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTOSES E PRÓTESES

Cateter Venoso:	( ) Sim	( ) Não	Local:	Data:
Cateter Central:	( ) Sim	( ) Não	Local:	Curativo realizado em:
Sinais de infecção no ponto da punção:			( ) Sim	( ) Não
Sondas:	( ) Sim	( ) Não	( ) SNG	( ) GOT ( ) ENE ( ) SOE ( ) GTT
Curativo:			Aspecto da secreção:	
Sondas retais:	( ) Sim	( ) Não	Data da inserção:	
Drenos:	( ) Sim	( ) Não	Qual:	

Data: Trocar em:

Quantidade: Trocar em: Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Hipotermia Prejudicada	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Dor aguda/crônica	( ) Ventilação espontânea ineficaz	( ) Risco de Quedas
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Risco de glicemia instável	( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de sobrecarga/déficit de volume	( ) Risco de desequilíbrio de temperatura corporal	( ) Risco de constipação
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Comunicação deficiente
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Risco de não cumprimento para dieta	

Escala de Morse

1. Histórico de quedas		4. Doença Concomitante/Diagnóstico secundário	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	6. Estado Mental	
Muletas/Bengala/Andador	15	Orientado/Imitado/Confiante em limitações	0
Mobília/Cadeira de rodas	30	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de quedas no verso

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HCR	Protocolo: 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo A Duarte			
	Leito: 208-2		Data: 1/08/19	

Localização	Região: M-2-D Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Fisiologia	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Drenos/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA ADMISSÃO		DIH	15/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIA		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	12/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA GERAL EVF	SVO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
8	DIPIRONA 1G IME EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DC 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + DOCO 6/6 H	Cfm Rodrigo
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	265
14	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
15	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16h
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 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 20/7/19 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: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

A SOLICITADO: E CONDUTA:

A PREVISÃO DE CIRURGIA:
A PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	
6 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
12 H	[illegible]	60	20	36°
18 H	[illegible]	50	18	35,6
24 H	[illegible]	70	19	36,3

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

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte			
		Leito: 208-2		Data: 12/08/19	

Localização	Região: M I D Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : (X) Tração ___ Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros ___	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___	( ) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___
Tipo de Exudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sangue/Seleno ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangue/seleno ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___
Quantidade de Exudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: Elastic	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Beatriz Sousa Costa Téc. Enfermagem COREN-RR 207.112 Jadiane Gomes de Lima Coren-RR 207.112	
Observações		

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

DATA DE ADMISSÃO | DIA | 19/07/2019 | DN | 02/01/1991
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS
IDADE: 28 | HAS | SIM | DM2
LEITO: 208-2 | DATA: 13/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SUO
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/6H SN	SU
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU 1285
5	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
6	SSVV + DCG 8/8 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
8	CEFEPAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE + 70 UI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SU

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALÉGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BOM A DIETA. DIA DIA 25/7/19 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: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, TORÁCICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO: #CONDUTA:

#PREPARAÇÃO DE CIRURGIA.
#ALTA MAIS 6H | #ALTA SEM PREVISÃO

	PA	FC	FR		
12 H	16 x 80	93	20	36,5	
18 H	13 x 61	79		36	
24 H					

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

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – NGR

Paciente: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Leito: 208.2

Data: 13/08/2019

Versão: 02

Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 02/2013

Localização

Etiologia

Região: M.I.D.

Grau: I (X) II ( )

( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular
( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia
( ) Outro

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização
(X) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Sintema / Rubor
( ) Outro

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangrimento ( ) Serosanguinea ( ) Seco
( ) Outro

( ) Moderado ( ) Úmido ( ) Seco

(X) Sorb. Hidrofílico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool: 70%

(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel
( ) Outro

( ) 12/12 (X) 24/24 ( ) 48/48h

Região: M.I.D.

Grau: I (X) II ( )

( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vasc. Tr
( ) Trauma ( ) Tração (X) Fixador Externo ( ) Ortopedia
( ) Outro

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização
(X) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor
( ) Outro

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sangramento ( ) Serosanguinea (X) Seca
( ) Outro

( ) Moderado ( ) Úmido (X) Seco

(X) Sorb. Hidrofílico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool: 70%

(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata
( ) Outro

( ) 12/12 (X) 24/24 ( ) 48/48h

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
DIAGNÓSTICO: FEXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA: | DIAS | SIM | DMZ
LEITO | 208 | DATA | 18/07/2019
PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
DIETA OVAL LIVRE	SVO
PARACETOL/DIPIRIDA 10MG EV 6/6H SN	SL
DIPIRONA 500MG EV DU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SL
DIAZEPAM 10MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SL
CAPTOPRIL 25 mg VO SL DIAS x 100 E OU DIAS x 110 MATIN	SL
ZIVOX 600g 8/8H	
TRAMADOL 100MG VO SL 6/6H SN	
VASTAREL 40MG VO 1X AO DIA	SL
OMEPRAZOL DIÁRIO	SL
ULTRAMIF 40MG VO 1X AO DIA	

9º DIA: FIXO (CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
GLICEMIA: ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; > 400 10 UI; OU GLICOSE A 7% 10ML, GLICOSE 50% 20 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERNADO NO LEITO ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, 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 HT DO DIA 27/8 : 10,1
PRESCRIÇÃO: BIC, ACIANCÓTICO, ANICETÁRICO, AFERIR, CIFENTICO, HIPOCORADO, PRESSÃO ARTERIAL, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

PROCEDIMENTO REALIZADO:

	A	FC	FR	T
12 H	134/70	70		36,8
18 H	120x70	76		36
24 H	120x80	76		36,4
06h	130x70	67		

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

Núcleo de Enfermagem em Pr... | Versão | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 02/2015

Posicionamento de Perilas – HFR

Paciente: Reginaldo Andrade Quarte

Leito: 208-2

Data: 14/08/19

Sexo: M.L.D

Região: ( ) Capão ( ) Cervical ( ) DM ( ) Vascular ( ) Cirúrgica ( ) Fisioterapia ( ) Ortopedia

Aparência da Lesão: ( ) Necrose: Seca/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Perda de Tecido ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Trauma ( ) Abscesso ( ) Seroma ( ) Eritema ( ) Rubor

( ) Necrose ( ) Sangramento ( ) Serosanguíneo (X) Seco

( ) Pele ( ) Seca

(X) Solução 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

( ) Gaze (X) Curativo ( ) Alginato

Nome da Enfermeira: Maria H. Vieira
Assinatura do Enfermeiro
COREN-RJ 56.[illegible]

Nome do Cliente/Acompanhante
Assinatura do Cliente/Acompanhante

Região: ( ) MMII ( ) MTV ( ) Queimadura ( ) Diabetes ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Trauma ( ) Cirúrgica ( ) Fisioterapia ( ) Ortopedia ( ) Outros

( ) Necrose: Seca/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Perda de Tecido ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Necrose ( ) Abscesso ( ) Seroso ( ) Sangramento / Rubor ( ) Eritema

( ) Pele ( ) Necrose ( ) Sangramento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro

( ) Medicação ( ) Álcool 70% ( ) Seco

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

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

( ) Gaze ( ) Alginato ( ) Hidrocolóide

208-a

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH 19/07/2019 | DN 30/01/199

PAC EVERALDO ARNALDO ANDRADE DUARTE
ACIDENTE FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA
IDADE 23 | DIAS | LEITO 208-2 | 5HM | DATA 15/08/2019 | CM2

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIPIRONA 2G EV 6/6H SN	
	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
	SSVV + CGSH 6/6 H	
	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
	CURATIVO DIÁRIO	
	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 150-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE 5% 10 ML EV + AV BAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE INTERNADO NO LEITO, ATIVO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BOM A DIETA. DIA DIA 26/7: 19 H A 7H DA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 3,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HB DO DIA 7/8 : 10,1

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EV USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

ESTADO ATUAL E CONDUTA:

PROFISSIONAL ORTOPEDISTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
12 H	130/80	76		36,4
18 H	130/80	74	18	36,4
24 H	110/60	84		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1064
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RR 1067 TEOT 10485

206

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
AGNOSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA:
LEITO: 28 LEITO: 2002 DIAS: SIM DIAS: DATA: 16/08/2019

PRESCRIÇÃO

		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SNO
3	DIPIRONA 500MG EV 6/6H OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	SNO
4	TRAMAL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV DL 6/6H SE DOR INTENSA	SNO
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SNO
6	DEVV + COCO 8/8H	SNO
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/6H SN	
8	CISPLATINA 40MG VO 1X AO DIA	SNO
9	DIALITO DIÁRIO	
10	OLEXAN 40MG VO 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21	SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10 UI E OU GLICOSE 5,70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISA O PLANTONISTA	SNO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 28/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7, APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HR DO DIA 7/8 : 10,1
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

PROCEDE E CONDUTA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
12 H	11/10		
18 H			
24 H			

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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ554 9XJN6 UQ4TL 2DFTY

HCR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HCR

Protocol: 1 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018

Paciente: Reginaldo Andrade Dias

Leito: 208-3 | Data: 16/08/2019

Localização	Região: prima direita	Região:
Etiologia	( ) LPP: I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP: I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose, Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose, Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Moderado ( ) Abundante ( ) Seco	( ) Moderado ( ) Abundante ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

208-2

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

ADMISSÃO	DIT	18/07/2019	DN 01/01/1991
PACIENTE	MARIA ALDO ANDRADE DUARTE		
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D		
ALERGIA			
PLANO	HAS	SIM	DM2
TEM	28 LEITO	208-2	DATA 17/08/2019

PRESCRIÇÃO

		HORÁRIO
	DIETA ACEITAR	
	MORFIL QUEIMADA 10MG EV 6/6H SN	SNID
	DIPIRONA 500MG EV GTT 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
3	TRAMAL 100MG SORO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
5	SEVAN 2 COMPRIMIDOS VO	
6	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
7	OMEPRAZOL 40MG VO DIA DO DIA	
8	DIPIRONA NARO	
10	DIFRANE 40MG VO 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONTROLE GLICEMIA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; A 100/10 UI ELOG GLICOSE 470 DU/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE DEFERIDO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 25/07 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO OTIB INCONTRAVAS DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HB DO DIA 7/8 : 10,2. EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

RESPONDIDO: A CONDUTA.

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

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

206

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

NOME: [illegible] DIA: 15/07/2019 DN: 01/01/1991
PACIENTE: FRAGNALDO ANDRADE SUARTE
AGENDA: FRA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: SIM
LEITO: 206 A DATA: 18/08/2019

PRESCRIÇÃO

	HORÁRIO
[illegible] DIPIRONA 1000MG EV 6/6H SN	SMD
DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SN
TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DF 8/8H SE DOR INTENSA	SN
CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 140 E OU PAD > 110 MMHG	SN
[illegible] + CLEG 6/6 H	SN
TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	[illegible]
[illegible] 40MG VO 1X AO DIA	SN
OMEPRAZOL 20MG VO	06
TRAMAL 40MG VO 1X AO DIA	[illegible]

DIETA: [illegible] CORRIDA COM INSULINA REGULAR (UI), [illegible] INSULINA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI. SOL. GLICOSE 50% 20 ml EV. AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#UNCORTRIO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA [illegible] PRÉ-OPERATÓRIO TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 6,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HT DO DIA 7/8 : 10,1
#EXAME FÍSICO: BCG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITAÇÃO E #CONDUTA:

6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1064
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Eliel Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0267/RR

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR

Protocolo nº 1 | **Versão:08** | **Elaborada: 02/2013** | **Atualizada: 12/2018**

Paciente: Reginaldo Duarte

Leito: 206-1

Data: 18/09/18

Localização	Região: MID Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV 9* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV 9* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Perda Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Perda Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Gotejando (X) Seco	( ) Molhado ( ) Gotejando ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Coberturas primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinolisina ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinolisina ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

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

DIH 19/07/2019 DN 01/01/1941

CONTENCIONALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA:

LEITO 26 + ENF SIM 206-1 DIA 2 DATA 19/08/2019

PRESCRIÇÃO

	HORÁRIO
DIETA OVO LARC	
DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SMG
TRAMADOL 50MG EV 8/8H SN	SN
TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
CLOFTOFRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
[illegible] 6/6 H	SN
TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
OMEPRAZOL 20MG VO 1X AO DIA	SN
[illegible] DIARIO	
ENOXAPARINA 40MG SC 1X AO DIA	

PRESCRIÇÃO COMPLEMENTAR COM INSULINA REGULAR (HOI)
CONFORME ESQUEMA: 200 250 200 211 221 [illegible] 300 250 GUI
[illegible] 8UI; 21:00 10 UI E OU GLICOSE, 500 DLM, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE INTERNADO NO LEITO ATIVO, RELATIVO, CONTACTANTE COM
SUPERAGUDE, HIPERGLICEMIA PRESERVADA, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA
[illegible] DA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS NA OCASIÃO O HB
[illegible] APÓS TRANSFUSÃO HEMOGRAMA DO DIA [illegible]
EXAME FÍSICO: REG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO,
HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, DIMINUIDO [illegible] TRANSFUSIONAL.

SOLICITAÇÃO E CONDUTA:

[illegible]

SINAIS VITAIS			
6 H		FC	FR
12 H	[illegible]	[illegible]	15
18 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]
24 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 7964
Presidente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Victor Montenegro
Traumatologia - Ortopedia
CRM-RR [illegible]

SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

04030506 86
5724
729

208

BOLETIM OPERATÓRIO

ORIGINAL

Data: 6/4/20 CS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MECANISMO ACIDENTE:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: 1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
3º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTA: ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- [illegible]
2- [illegible]
3- [illegible]
4- [illegible]
5- [illegible]

FICHA DE ANESTESIA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE | APTO/LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA

CIRURGIA

T-C

TEMPO DE DURAÇÃO

INICIO | FIM | TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

RES. ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

1º AUXILIAR

CIRCULANTE

2º AUXILIAR

TEMPO DE DURAÇÃO

QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PACOTE GAZE			FRASCOS - SORO FISIOLOGICO 250ml	
	LUVA ESTERIL 6,0			FRASCOS - SORO RINGER LACTADO 250ml	
	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS - SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8,0			FIO MONONYLON Nº 2,0	
	LUVA PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LAMINA BISTURI Nº 24			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	SONDA GASTROSTOMIA Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	TUBO DE ENDOTRAQUEAL Nº			FIO PROLENE Nº	
	SUTURA OTB			SEDA Nº	
	SUTURA 0,0			BISTURI Nº	
	SUTURA 0,5			SEDA PRESSÃO	
	SERINGA 10ML			REPORTAGEM Nº	
	SERINGA 20ML			BEQUIGAM	
				FITA CARDIACA	
				OUTROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTO E CONFERIDO

INSTRUMENTADOR(A) | ENFERMEIRA CHEFE

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

FUNCIONÁRIO PRESTADOR | CIRCULANTE DE SALA

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

HGR

Nome: [illegible] Data: 20/08/12

Data de Nasc: 01/01/91 Idade: 28 Setor/Leito: 208-TZ

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (✓) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (✓) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

INTRA-OPERATÓRIO

Cirurgia	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
	08:20	08:20	3:00	11:50

Cirurgia Realizada | Anestesia | Posicionamento | Hemoperfusão | Plastrão | Placa | Auditorio Patológico | Nº de Compressas | Gazes | Hemoglobina | Hematócrito | Outros | Segurança | Diérese | Outros

Anestesia | Cirurgia | Localização | 1. Sonda | 2. Cateter | 3. Cabo | 4. Acesso venoso | 5. Outros

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0						
15'						
30'						
40'						
1h						
01:30 h						
2h						

Observações:

Balanço Hídrico (PÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada | **Saída**

Nível	Não Cód.	SRC/ Volume	Cent./Qual	Hora	Sangramento	Dreno/Qual.	Outros

Observações (Evolução/Alta do Paciente)

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

[illegible] LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA [illegible]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

[illegible]

[illegible] CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ( ) Não

[illegible]
☒ [illegible] ( ) Não se Aplica

[illegible]
[illegible] ( ) Não se Aplica

☒ [illegible]
[illegible]

[illegible] NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO

[illegible] CONHECIDA?

[illegible] CONHECIDA
[illegible]

[illegible] ( ) Sim, [illegible] disponíveis

[illegible] > 500 ml
( ) Não
[illegible]
[illegible]

[illegible]
Assinatura

[illegible] Data: 03/[illegible]

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: ______

[illegible]

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☒ Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO: [illegible] duração da operação e perda sanguínea prevista.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: [illegible] alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: [illegible] necessários, como instrumentais, próteses e [illegible] estão presentes e dentro da validade de esterilização [illegible] equipamentos ou quaisquer preocupações

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS:
( ) Não se aplica
☒ Sim [illegible] Hora [illegible]

[illegible] ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:
( ) Sim
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

[illegible]

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

[illegible] O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ( ) Não

[illegible] CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

[illegible] COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não ☒ Não se aplica

EXISTE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
( ) Sim ☒ Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Assinatura

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

DATA DE AVISO: C.I. 15/07/2019 DN 31/07/1991
PACIENTE: REINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: X LIGOSTA DE TENUE DISTAL D
ALERGIAS: HAE SIM DM2
IDADE 28 LEITO 209-1 DATA 20/08/2019
ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SVO
2 METOCLOPRAMIDA 10MG IV 8/8 SN SU
3 DIPIRONA 500MG EV OU MELOXICAM 15MG EV DE 6/6H SN SU
4 TRAMAL 100MG SPG 9% 100ML EV DE 6/6H SOB DIL INTENSA SU
5 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 100 E DIAS > 15 MMHG SU
6 PSYLLIUM 3 COLHERES VO
7 TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN SU
8 CAPTOPRIL 25MG VO 1X AO DIA SU
9 OLANZAPINA 10MG VO 1X AO DIA SUSPENSO
10 OLANZAPINA 10MG SC 1X AO DIA
11
12
13
14
15 DIABÉTICO: INFUSÃO COM INSULINA REGULAR (SC) SU
CONFORME FSC ULTIMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; >400: 10UI E O GLICOSIMETRO 70 DL/ML GLICOSE 50%
40 ML IV E AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, PLATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADO TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS NA CCAS ÀS 0 HR ENCONTRAVA-SE DE 5/7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HT 25,0 DIA 7/8 ...
EXAME FÍSICO: REG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, ESPONTÂNEO, HIDROCORADO, HIDRATADO, PULSOS FILIFORMES E ALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: CONDUTA.

SINAIS VITAIS
HORÁRIO | PA | FC | FR
6 H
12 H
18 H
24 H

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO [illegible]

DATA	[illegible]	DIH	[illegible]	[illegible]
PACIENTE	[illegible]			
[illegible]	[illegible]	IDADE	[illegible]	DATA [illegible]

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	[illegible] LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	S/N
3	SF 0,9% 500ML EV [illegible]	[illegible]
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	[illegible]
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	[illegible]
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O [illegible] EV	S/N
8	[illegible] 40 GOTAS VO [illegible]	[illegible]
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	Susp.
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	Susp.
12	[illegible]	[illegible]
13		
14		
15	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG	S/N
16	HGT [illegible]	
17	CURATIVO DIÁRIO	
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA [illegible]
[illegible] 250: [illegible] 251-300: [illegible] 301-350: [illegible] 351-400: [illegible] [illegible] PLANTONISTA

[illegible] MÉDICA
[illegible] PACIENTE [illegible] LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
[illegible]
[illegible]
[illegible] TENDÊNCIA, MANTIDA
[illegible] CIRURGIA
[illegible] ALTA

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS

HORA	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H	[illegible]	9[illegible]		[illegible]
24 H	[illegible]/81	96		[illegible]

[illegible]

c/ [illegible] 5 não realizado por não ter no setor

c/ Hemo-
PA = 123/81
FC = 97
T = 36,6

[illegible] CORSN-RR [illegible]

120 - 6

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

PACIENTE: [illegible] DN: 11/10/1951
DIAGNÓSTICO: FRAX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL E

ALERGIA: NÃO | DATA: 21/03/2020

PRESCRIÇÃO | HORÁRIO

[illegible]
[illegible] SOMA
[illegible] SE
[illegible] SE
[illegible] SE
[illegible] SE
[illegible] SE
[illegible] SE
[illegible] SUSPENSO
[illegible] SE

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

Dr. A. [illegible] Cavalcante
CRM-RR 1504
Residente de Ortopedia e Traumatologia

PG 136/80
FO. 86
Tempo: 35 8ª

120-6

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

DIA: [illegible] DIH: [illegible] DN: [illegible]
PACIENTE: [illegible] ANTIDADE DO ARTE
DIAGNÓSTICO: [illegible] E DE FÊMUR DISTAL D
ALERGIAS: HAC: SIM DH2
ID/IDADE: 23 LEITO: 120-6 DATA: 12/06/2019
HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	[illegible] LIVRE	
7	[illegible] 500ML EV 8/8H SIN	
8	[illegible] 40MG EV OU 20 GOTAS VO DE 8/8H EN	
9	[illegible] 40MG + [illegible] 500ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	[illegible] 25mg VO SE PAS > 180 E DIAS > 110 MMHG	
11	[illegible] 6/6H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SIN	
13	[illegible] 4mg VO 1X A O DIA	
14	[illegible] DIARIO	
15	[illegible] 40MG SC 1X A O DIA	
16	[illegible] AMICINA 500MG EV DE 6/6H	
17	[illegible] CEFAZOLINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
18		
19		
20		

SUSPENSO

EVOLUÇÃO MÉDICA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	[illegible]	85	[illegible]
18 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]
24 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Rosilene [illegible] P. Medeiros
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 652.039-TE

Liconeide A. Lima
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 846.341-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão:08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR

Protocolo nº J

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Leito: 12 a 6

Data: 29/01/2020

Localização	Região: MID	Região: MIO
Etiologia	Grau: I ( ) II (✓)	Grau: I ( ) II (✓)
Aparência da Lesão	( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Outros:	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Outros:
Quantidade do Exsudato	( ) Moderado (✓) Ausente ( ) Seco	( ) Moderado (✓) Ausente ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Gaze com Vaselina ( ) Hidrocoloide ( ) Outros	( ) Gaze ( ) Gaze com Vaselina ( ) Hidrocoloide ( ) Outros
Troca	( ) 1x/dia ( ) 2x/dia ( ) 3x/dia ( ) 48/48h	( ) 1x/dia ( ) 2x/dia ( ) 3x/dia ( ) 48/48h
Profissional que realizou o procedimento		

Observações:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - NGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 / Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo Andrade Oliveira		Data: 22/01/2019
	Leito: 12-B		

Localização	Região: MSD Grau: I ( ) II (✓)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	(✓) LPP ( ) Queimadura ( ) Angina ( ) Diabetes ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:	( ) LPP ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Hipergranulação (✓) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outros:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outros:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Seroso-sanguíneo ( ) Seco ( ) Outros:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso-sanguíneo ( ) Seco ( ) Outros:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Curativo Secundário	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol ( ) Outros:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrocol ( ) Outros:
Troca	( ) 12/12 ( ) 24/24 ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) 24/24 ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Nome: Maria Alcione COREN: 77 Origem Assinatura:	
Observações:		

120-6

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	#####	DN	#####
PACIENTE	RONALDO ANDRADE DUARTE		
DIAGNÓSTICO	FR EXPOSTA DO FEMUR DISTAL D		
LENGIA	HAG	SIM	DMI2
IDADE 23	LEITO	120-S	DATA 23/01/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	SN
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
3	DEXAMETASONA 50MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
6	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	SN
10	NIFEDIPINO 20 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV - COGO 8/8 H	
12	TRAMADOL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	SUSPENSO
16	ENOXAPARINA 40MG SC 1X AO DIA	
17	CEFAZOLINA 600MG EV DE 6/6H	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	154x84	92	20	36,6
18 H	120x80	82	17	36,0
24 H	130x90	94		35,8

SSVV verificados e administradas as medicações

120-6

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

DATA DE ADMISSÃO | D/H | DN
FACILITY | ALGUMALGIA CRONICA DO JOELHO
DIAGNÓSTICO | EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
LEITO | HAS | DM | DM2
DATA | 24/08/2019
ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO
1 | DIETA ORAL LIVRE | SND
2 | VETOLOPRAZOLA 10MG EV 8/8H SN
3 | DIPIRONA 500MG EV C/ 40 GOTAS VO DE 6/6H
4 | TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA
5 | TENOXICAM 20MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
11 | SORO 0,9% 500ML
12 | TRAMADOL 50MG EV DL 8/8H SN
13 | DEXAMETAZONA 40MG VO 1X AO DIA
14 | CORTIVO DIÁRIO
15 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
16 | CLINDAMICINA 300MG EV DE 6/6H
17 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H
18 | METRONIDAZOL 500MG EV DE 12/12H
19 | [illegible]
20 | [illegible]

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible]

CÓDIGO PRECAUTELES: PC RECUPERA BEM DO PROCEDIMENTO CIRURGICO (2)

SINAIS VITAIS						
HR	PA	FC	FR			
12 H	[illegible]	[illegible]		[illegible]		
18 H						
24 H	[illegible]	[illegible]				

[illegible]

Obrigado Possível [illegible] CPAM, [illegible] administrado item 19 / [illegible] da farmácia, alerta do [illegible]

120-6

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: REGINALDO ANDRADE DUARTE		
	Leito: JSO-6	Data: 24/08/19	

Localização

Região: MIE

Grau: I ( ) II ( )

Etiologia

Aspecto da Lesão

Pele Perilesional

Tipo de Exsudato

Quantidade de Exudato

Solução de Limpeza

Cobertura primária

Cobertura secundária

Profissional que realizou o procedimento

Observações

Região.

Grau: I ( ) II ( )

Necrose: Amarela ( ) Negra ( ) Vermelha ( ) Granulação ( ) Epitelização

Lesão Fechada ( ) Tecido Sadio ( ) Outros

Sangramento: ( ) Ausente ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso sanguinolento ( ) Seco

Quantidade: ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco

Solução de Limpeza: ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

Cobertura primária: ( ) Colagenase ( ) Sulfadiazina ( ) Tracat ( ) Hidrogel

Cobertura secundária: ( ) Gaze ( ) Sítio ( ) 48/48h

Observações:

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

DATA DA ADMISSÃO: DIH ##/##/## DIU ##/##/##
PACIENTE: [illegible] ALVARES DUARTE
DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA:	HAS	SIM	DM2	
IDADE: 23	LEITO	130-6	DATA	23/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	
3	CETIRONA 500ML EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H	
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/6H DE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 10 MMHG	
11	DIPIRONA 500MG 8/8H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19	[illegible]TIL 20MG EV DE 12/12H	
20	fisioterapia motora em MIE [illegible]	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Walter Soares
Cirurgião Ortopedista
CRM 1268/03

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. BVG Santo Antônio, S/N
Boa Vista - RR CEP 69.301-620
Hospital Geral de Roraima
SECRETARIA
24 SET 2019
Cópia Fiel do Original
Secretaria Hospitalar

SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR	[illegible]			
12 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			
18 H	[illegible]	[illegible]		[illegible]			
24 H	[illegible]	[illegible]					

Obs: o [illegible] paciente [illegible] CRM, aferição [illegible]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas

Protocolo nº 1 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Leito: 120-6 | Data: 25/08/2019

Localização | Região: MSD | Grau: I ( ) II ( )

Etiologia | ( ) 29 UIPIV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular | ( ) Trauma ( ) Pressão ( ) Venosa ( ) Arterial ( ) Venoarterial | ( ) Outro

Aparência | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização | ( ) Bordas Fechadas ( ) Tecido Saudável ( ) Outro

Tecido Circundante | ( ) Normal ( ) Maceração ( ) Edema ( ) Eritema/Rubor | ( ) Normal ( ) Maceração ( ) Edema ( ) Eritema/Rubor | ( ) Outro

Tipo de Exudato | ( ) Purulento ( ) Sangue ( ) Sanguinolento ( ) Seromassangíneo ( ) Seroso | ( ) Purulento ( ) Sangue ( ) Sanguinolento ( ) Seromassangíneo ( ) Seroso | ( ) Outro

Quantidade de Exudato | ( ) Molhada ( ) Manchada ( ) Seca | ( ) Molhada ( ) Manchada ( ) Seca

Bordas da Lesão | ( ) Sem Fisiologia (0%) ( ) Fibrose (30%) ( ) Esfacelo (70%) | ( ) Sem Fisiologia (0%) ( ) Fibrose (30%) ( ) Esfacelo (70%)

Observação | ( ) Pele ( ) Cabelo ( ) Sulco ( ) Hipertrofia ( ) Outro | ( ) Pele ( ) Cabelo ( ) Sulco ( ) Hipertrofia ( ) Outro

Tempo | ( ) 12/12 ( ) 24/24 ( ) 36/48h | ( ) 12/12 ( ) 24/24 ( ) 36/48h

Profissional que atendeu | Nome: Sila Assinatura: | Nome: Sila Assinatura:

Observações

206

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

DATA DE ADMISSÃO: Dia ##/##/## Dia ##/##/##
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
LEITO: 120-E
IDADE: 29
DATA: 24/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
7	[illegible] DIPIRIDAMOL 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H	12:18 24/06
9	TRAMA 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	
10	[illegible] VO SE PAS > 100 E OU PAD > 100 MMHG	
11	[illegible]	
12	TRAMAL 100MG AO DIA SOH RN	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG LV DE 6/6H	12:18 24/06
18	CIPROFLOXACINO 400MG LV OU 500MG VO DE 12/12H	
19	TAZOCIL 2GNG EV DE 12/12H	
20	[illegible] MR JOELINO E PF	

EVOLUÇÃO MÉDICA:
[illegible]

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

120-b

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DATA DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA ___/___/___, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ___/___/___ FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO
OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____
RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA ___/___/___, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA NO DIA ___/___/___, ÀS _____, COM O
_____

_____

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR SOB OBSERVAÇÃO DO DR. _____

_____

CARIMBO E ASSINATURA _____

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SESAU/SIN
ORIENTAÇÃO
7 SET 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: Carlos Medeiros

O paciente, Raimundo Andrade Duarte, vítima de acidente de moto (19/01/2019) com trauma duplo de MID c/ fratura cominutiva do fêmur (D): foi feito fixator cirúrgico de emergência c/ fixador externo e após cirurgia definitiva (20/8/2019) c/ acompanhamento ambulatorial c/ plano - fisioterapia.
Após consolidação e fixação após 5 meses do acidente, teve alta de ortopedia.
Atualmente queixa de dor local após esforço.
Ao exame: cicatriz cirúrgica lateral coxa (D) - 4 cm
p/ fixação + fêmur (D)
notável atrofia de MID
HD: Sequela de fratura cominutiva do 1/3 medio distal do fêmur (D) c/ traço intracontinuidade articular
Permanecer c/ fixação importante do movimento do joelho (D) em parcialidade ao decorrente processo ortostático prolongado c/ deficit funcional encurtamento em MID

Carlos Daniel de Oliveira
Especialista em Acupuntura
CRM-RR 1293

DATA: 02/07/2020

ASSINATURA E CARIMBO

TRABALHADOR,

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getulio 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

ASSINATURA DO TITULAR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

REGINALDO ANDRADE DUARTE

FILIAÇÃO.....: RENATO DUARTE BEZERRA
EDINALVA ANDRADE DA SILVA

NASCIMENTO....: 01/01/1991 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: C. I. 3504573 17/09/2006 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 015.002.742-75 CNH:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 03/09/2009

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A

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

03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO
ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM
CC: 3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.

CPF 204315382 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR

Nº 013774675650

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 01

COD. RENAVAM: 01169980861

RNTRC: 45674614656

NOME/ENDEREÇO:
CLAUDILENE FERNANDES DOS SANTOS
R BRIG DO AR N MOURA
DR SILVIO BOTELHO Nro:435
BOA VISTA-RR 69314490

CPF/CNPJ: 897.251.232-04

PLACA: NAS6636

NOME ANTERIOR: RORAIMA MOTORES LTDA

PLACA ANT./UF:

CHASSI: 9C2KC2500KR003923

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 START

ANO FAB: 2018

ANO MOD: 2019

CAP/POT/CIL: 2P/0162CC/

CATEGORIA: PARTICU

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

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

LOCAL: BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

DATA: 30/11/2018

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

S6 55 28

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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 OSTEOSSÍNTESE 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, PERMANECEU 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 OSTEOSSÍNTESE 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, PERMANECEU 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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

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**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 OSTEOSSINTESE, 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) Nexo 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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.

Dra. Regina Claudia Rebouças 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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 OSTEOSSINTESE, 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) Nexo 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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 transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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.

Dra. Regina Claudia Rebouças 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 30 de 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

Pag. 01801/01802 - carta_02 - INVALIDEZ
00080901

Carta nº 15442048

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190688912 | 3 - CPF da vítima: 01500274275 | 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE | 6 - CPF: 01500274275

7 - Profissão: AUTONOMO | 8 - Endereço: R. BRIGADO AR NERO MOURA | 9 - Número: 435 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: SINVIO BOTELHO | 12 - Cidade: BOA VISTA | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: NUANNA.SOUZA471@HOTMAIL.COM | 16 - Tel.(DDD): 95999168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal: —

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

MORTE

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

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: BOA VISTA, 13/02/2020

Reginaldo Andrade Duarte
41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

Nuanna Souza
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SDS 001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 01500274275
4 - Nome completo da vítima: REGINALDO 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: REGINALDO ANDRADE DUARTE
6 - CPF: 01500274275
7 - Profissão: AUTONOMO
8 - Endereço: R. BRIGADEIRO NERO MOURA
9 - Número: 435
10 - Complemento:
11 - Bairro: SILVIO BOTELHO
12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69314490
15 - E-mail: JUANNA.SOUZA710@HOTMAIL.COM
16 - Tel (DDD): 95999168367

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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) Reginaldo Andrade Duarte
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 01500274275
4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE
6 - CPF: 01500274275
7 - Profissão: AUTONOMO
8 - Endereço: R. BRIGDO AR NERO MOURA
9 - Número: 435
10 - Complemento:
11 - Bairro: SILVIO BOTELHO
12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69314490
15 - E-mail: LUANNA.SOUZA710@HOTMAIL.COM
16 - Tel.(DDD): 95999168367

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

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

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ **Declaro,** sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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) — Reginaldo Andrade Duarte

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
Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
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 Nº: 691
Logradouro: Av. Brigadeiro
Bairro: São Bento

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 transito no endereço acima citado. Ao chegarmos ao local constatamos um acidente de transito envolvendo os veiculo 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 CAMPELLO ,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

AGENTE CARCERÁRIA
CONFERIDO

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ASL): | 3 - CPF da vítima: 04500274275 | 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE | 6 - CPF: 04500274275

7 - Profissão: AUTONOMO | 8 - Endereço: R. BRIG DO AR NERO MOURA | 9 - Número: 455 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: SINUO BOTELHO | 12 - Cidade: BOA VISTA | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: LUANNA.SOUZA2710@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 CUIDADOR

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 (BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO MENOR, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para pessoas físicas. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Pessoas jurídicas)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 bem como a comprovação do grau de IVP, concordando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da extensão e quantificação das lesões permanentes ocorrentes no 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Outros

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 vítima teve filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou netos(as)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se vítima teve irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais (vivos)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso receba a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles beneficiários que se apresentarem como sucessores, estando-me, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver o recebido, além de responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

MÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do primeiro beneficiário (não alfabetizado)

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

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

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

TESTEMUNHAS

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

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 004.XXX.XXX-10

Presidência da República
Secretaria de Micro e Pequena Empresa
Secretaria de Racionalização e Simplificação
Departamento de Registro Empresarial e Integração
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)
33.3.0028479-6

Tipo jurídico
Sociedade anônima

Porte Empresarial
Normal

Nº do Protocolo

00-2018/017153-4 26/01/2018 - 10:52:13
JUCERJA
Último Arquivamento:
00003131303 - 18/12/2017
NIRE: 33.3.0028479-6
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

Boleto(s): 102595004
Hash: ECC52023-073D-4232-8033-7CC99430A9D4

REQUERIMENTO

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

Código do Ato	Código Evento	Qtde.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	xxx	xxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
	xxx	xxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
	xxx	xxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
	xxx	xxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Representante legal da empresa

Local

Data

Nome:	
Assinatura:	
Telefone de contato:	
E-mail:	
Tipo de documento:	Híbrido
Data de criação:	24/01/2018
Data da 1ª entrada:	

00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149055 e demais constantes do termo de autenticação.
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8
Para validar o documento acesse http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital, informe o nº de protocolo.

JUCERJA
assinado digitalmente

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017

1. DATA, HORA E LOCAL: Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

2.CONVOCAÇÃO: Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

3. PRESENÇA: Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

4. MESA: Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

(i) reeleição de Diretores Estatutários; e
(ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

6. DELIBERAÇÕES: Iniciados os trabalhos pelo item **(i)** da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: **(a) JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; **(b) HELIO BITTON RODRIGUES,** brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Companhia; e **(c) CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crime previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item **(ii)** da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item **(i)** da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP n° 234/03 e Resolução CNSP n° 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei n° 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP n° 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presenta ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicólas Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

Roberto Barroso
Presidente

Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

HÉLIO BITTON RODRIGUES

14 ISSN 1677-7042 Diário Oficial da União - Seção 1 Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

PORTARIA Nº 755, DE 22 DE JANEIRO 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência subdelegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.533, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.619783/2017-94, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes deliberações tomadas pelos acionistas da ALM SEGURADORA S.A. - MICROSSEGURADORA, CNPJ n. 33.694.731/0001-89, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2017.

I - Aumento do capital social em R$ 400.168,80, elevando-o para R$ 3.155.587,81, dividido em 179.246.992 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal; e

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resultar que a parcela de R$ 188.140,80 do aumento de capital subscrito deverá ser integralizada até 30 de junho de 2018.

Art. 3º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.533, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.623602/2017-44, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores da SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ n. 09.248.608/0001-04, com sede na cidade de Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n. 6.533, de 20 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n. 73, de 21 de novembro de 1966, combinado com o artigo 5º da Lei Complementar n. 126, de 15 de janeiro de 2007 e o que consta do processo Susep 15414.623636/2017-50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membro do comitê de auditoria do IRB BRASIL RESSEGUROS S.A., CNPJ n. 33.256.988/0001-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado na reunião do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

Art. 2º Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Dsorg n. 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 168, seção 1, onde se lê: "... na reunião do conselho de administração realizada em 1º de novembro de 2017.", leia-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 5.966, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Estrutura Regimental da Autarquia, aprovada pelo Decreto nº 6.275, de 28 de novembro de 2007;

Considerando o Decreto Federal n.º 96.044, de 18 de maio de 1988, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviários Destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2016, seção 01, página 46;

Considerando que o Inmetro ao outorgar por ele acreditada, consoante o disposto no § 1º do art.3º do Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, deve atestar a adequação dos veículos e dos equipamentos rodoviários destinados a este fim;

Considerando a necessidade de substituição do Certificado de Inspeção para o Transporte de Produtos Perigosos (CIPP) pelo novo Certificado para o Transporte de Produtos Perigosos (CTPP), aplicável somente à modalidade de construção de tanques de carga rodoviários;

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro n.º 16/2016, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviários destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizado no sítio www.inmetro.gov.br ou no endereço abaixo:

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Dconf

Rua Santa Alexandrina, nº 416 - 3º andar - Rio Comprido

Cep 20.261-232- Rio de Janeiro - RJ

Art. 2º Ficam substituídos os Anexos A e D da Portaria Inmetro n.º 16/2016 pelos Anexos A e D anexos a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro n.º 16/2016 os Anexos F e G anexos a esta Portaria.

Art. 4º Ficam inseridos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2016, os seguintes parágrafos:

"§ 1º Excetuam-se da determinação do caput os seguintes tanques de carga:

I - aqueles que já foram construídos até 15 de janeiro de 2018 e se encontram em estoque, cuja inspeção e aprovação final da construção ainda não foram realizadas pelo OIA-PP;

II - aqueles que após 15 de janeiro de 2018, se encontram em processo de construção, cuja data de início da construção seja anterior a 15 de janeiro de 2018, e que a inspeção e a aprovação final da construção ainda não foram realizadas pelo OIA-PP.

§ 2º Para efeitos do controle dos tanques de carga que se encontram nas situações descritas no parágrafo acima, os fornecedores desses tanques de carga deverão enviar ao OCP credenciado, até 15 de fevereiro de 2018, uma relação contendo as seguintes informações:

I - para os tanques de carga que já foram construídos até 15 de janeiro de 2018 e se encontram em estoque: nº da ordem de serviço, data de aprovação final da construção, RTQ, número de equipamento, grupos de produtos perigosos aptos a transportar e nome do responsável técnico do OIA-PP;

II - para os tanques de carga que após 15 de janeiro de 2018, se encontram em processo de construção: nº da ordem de serviço, data inicial da construção, RTQ, número de equipamento, grupos de produtos perigosos aptos a transportar e nome do responsável técnico do OIA-PP."

Art. 5º A consulta pública que originou os requisitos ora aprovados, foi divulgada pela Portaria Inmetro n.º 757, de 13 de dezembro de 2017, publicada no Diário Oficial da União de 15 de dezembro de 2017, seção 01, página 49.

Art. 6º As demais disposições da Portaria Inmetro n.º 16/2016 permanecem inalteradas.

Art. 7º Esta Portaria iniciará a sua vigência na data de sua publicação no Diário Oficial da União.

CARLOS AUGUSTO DE AZEVEDO

DIRETORIA DE METROLOGIA LEGAL

PORTARIA Nº 7, DE 22 JANEIRO, DE 2018

O Diretor de Metrologia Legal do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro), no exercício da delegação de competência outorgada pela Portaria n.º 257, de 12 de novembro de 1991, conferindo-lhe as atribuições disposta no item 4.1, alínea "b", da regulamentação metrológica aprovada pela Resolução n.º 08, de 22 de dezembro de 2016, do Conmetro:

De acordo com o Regulamento Técnico Metrológico para bombas medidoras de combustíveis líquidos, aprovado pela Portaria Inmetro n.º 023/93 e pela Portaria Inmetro n.º 52/2004;

E considerando o constante do Processo Inmetro n.º 52000.060997/2017 e do Sistema Orquestra n.º 892073, resolve:

Aprovar a família de modelos Prime PHR de bomba medidora para combustíveis líquidos, marca Gilbarco Veeder Root.

Nota: A íntegra da portaria encontra-se disponível no sítio do Inmetro: http://www.inmetro.gov.br/leganm.

RAIMUNDO ALVES DE REZENDE

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO, DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, torna públicas, conforme o concluído do Anexo, as propostas de modificação da Nomenclatura Comum do MERCOSUL - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociações Internacionais (DEINT), com o objetivo de colher subsídios para definição de posicionamento do governo brasileiro no âmbito da coordenação do Comitê Técnico nº 1, de Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CTM-1).

1. Manifestações sobre as propostas deverão ser dirigidas ao DEINT por meio do Protocolo-Geral do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Térreo, CEP 70053-900, Brasília (DF). As correspondências deverão fazer referência ao número desta Circular e ser encaminhadas no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser apresentadas mediante o preenchimento integral do roteiro próprio, disponível na página deste Ministério na Internet, no endereço http://www.mdic.gov.br/comercio/REPOSITORIO/secex/deint/cgcom/Arc/TEC_2017/roteiro-de-contribuicao.doc. O formulário também pode ser solicitado pelos telefones (61) 2027-7370 e 2027-7358 ou pelo endereço de correio eletrônico CT1@mdic.gov.br

3. O acompanhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico http://www.mdic.gov.br/index.php/comercio-exterior/estatisticas-de-comercio-exterior/8-consultas-abertas-ct1.

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos técnicos em nomenclatura do CT-1, eventuais manifestações a respeito devem ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

ANEXO

SITUAÇÃO ATUAL			SITUAÇÃO PROPOSTA		
2917.20.00	- Ácidos policarboxílicos cíclânicos, ciclânicos ou ciclotérpénicos, seus anidridos, halogenetos, peróxidos, peroxiácidos e seus derivados	2	2917.20	Ácidos Policarboxílicos, cíclânicos, ciclânicos ou ciclotérpénicos, seus anidridos, halogenetos, peróxidos, peroxiácidos e seus derivados	12
			2917.20.1	Ésteres de ácidos policarboxílicos cíclânicos	2
			2917.20.11	Citroherantato de dimetila	2
			2917.20.19	Outros	
			2917.20.90	Outros	

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

4996507

"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

Artigo 1º – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

Artigo 2º – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Artigo 3º - A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

Artigo 4º – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

Artigo 5º – O capital social é de R$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

Artigo 6º – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 7º– A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

4996508

ARTIGO 8º– A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

Parágrafo Primeiro - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

Parágrafo Segundo – A mesa da Assembléia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro – Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembléias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto – Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto – Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º – A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro – Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo – O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro – As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

13/14

4996510

convocada.

Parágrafo Terceiro - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

ARTIGO 14 – O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

Parágrafo Primeiro – Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

Parágrafo Segundo - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou *e-mail* a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

Parágrafo Terceiro - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

ARTIGO 15 – Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;

b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;

c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;

d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;

e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;

f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15

lei ou este Estatuto não confiram a outro órgão da Companhia.

4996512

ARTIGO 16 – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;

b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;

c) dar o *voto* de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e

d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

Parágrafo Único – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA

ARTIGO 17 – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

ARTIGO 18 - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

Parágrafo único - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA

ARTIGO 19 - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por **4 (quatro)** Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

Parágrafo Primeiro – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1(um ano), sendo permitida a reeleição.

Parágrafo Segundo – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

4996513

ARTIGO 20 – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

a) administrar os bens e serviços da Companhia;

b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;

d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;

e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;

f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;

g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;

h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;

i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;

j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;

h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

ARTIGO 21 - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;

b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

ARTIGO 22 – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

Parágrafo Primeiro – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

Parágrafo Segundo – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

ARTIGO 23 – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá início em 1° de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

ARTIGO 25 – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;

b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;

c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

ARTIGO 26 – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

Parágrafo Único – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

ARTIGO 27 – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO

ARTIGO 28 – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

4996516

XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 29 - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

ARTIGO 30 – A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

ARTIGO 31 – A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

Parágrafo Único – Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

ARTIGO 32 – Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA,** brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA,** brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA,** brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA,** brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE,** brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA,** brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES,** brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES,** brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO,** brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ,** brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE

HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas DA CAPITAL
Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: 2107-9600
AD828690 088674
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: HELIO BITTON RODRIGUES e JOSE ISMAR ALVES TORRES (X000005244S3)
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia TJHFUNDOS
Em testemunho da verdade.
Paulla Cristina A. D. Gaspar - Aut.
Total : 3,96
EELP-56881 NOC: EELP-56882 GRS
Consulte em https://www3.tiri.jus.br/sitepublico
CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paulla Cristina A. D. Gaspar
Escrevente
CTPS 40062 série 05077 ME
Art. 20 § 3º Lei 8.935/94

Seguradora LÍDER

SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, **ALFA SEGURADORA S/A**, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; ANGELUS SEGUROS S/A; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; ARUANA SEGUROS S.A.; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; AXA CORPORARTE SOLUTIONS SEGUROS S.A, **AXA SEGUROS S/A**; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; **BANESTES SEGUROS S/A**; BMG SEGUROS S/A; **BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CAIXA SEGURADORA S/A; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; **COMPREV SEGURADORA S/A**; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; ESSOR SEGUROS S/A; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; FATOR SEGURADORA S/A; **GAZIN SEGUROS S.A.**; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; **GENTE SEGURADORA S/A**; ICATU SEGUROS S/A; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; MAPFRE VIDA S/A; **MBM SEGURADORA S/A**; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A**; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **OMINT SEGUROS S/A**; PAN SEGUROS S/A; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **POTTENCIAL SEGURADORA S/A**; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A,** RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **SABEMI SEGURADORA S/A**; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; SOMPO SEGUROS S/A, **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; SUHAI SEGUROS S/A; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; **USEBENS SEGUROS S/A**; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato

SEGURADORA LÍDER · DPVAT JURÍDICO

Seguradora LÍDER

anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL,** brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física,** devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.

MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS
OAB/RJ 135.132

SEGURADORA LÍDER - DPVAT JURÍDICO