

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2760851920200629233746

Processo 0815384-26.2020.8.23.0010 ☆ - (14 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: ☐ Magistrado ☐ Servidor ☐ Advogado ☐ Membro MP ☐ Defensor ☐ Procurador ☐ Outros ☐ Audiência

Ocultar Movimentos: ☐ Inválidos ☐ Sem Arquivo ☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: ☐ Advogado ☐ Defensor Público ☐ Entidades Remessa ☐ Magistrado ☐ Procurador ☐ Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
☐	14	29/06/2020 23:37:46	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
	14.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2730034CONTESTACAO01.pdf
	14.2 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2730034CONTESTACAOAnexo02.pdf
	14.3 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2730034CONTESTACAOAnexo03.pdf
	13	29/06/2020 00:05:16	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JENILSON PINTO ARRUDA) em 30/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/06/2020) e ao evento de expedição seq. 8.
			SISTEMA CNJ
☐	12	25/06/2020 18:08:30	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/06/2020)
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	11	25/06/2020 16:03:27	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 25/06/2020 referente ao evento de expedição seq. 10.
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
☐	10	25/06/2020 14:00:46	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis
			HEBER AUGUSTO NAKAUTH DOS SANTOS Analista Judiciário
	9	19/06/2020 15:00:51	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 19/06/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/06/2020) e ao evento de expedição seq. 7.
			JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	8	18/06/2020 15:27:30	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JENILSON PINTO ARRUDA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/06/2020)
			RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
	7	18/06/2020 15:27:30	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (16/06/2020)
			RAFAEL DE ALMEIDA COSTA Analista Judiciário
☐	6	16/06/2020 18:12:10	CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE
			Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado
	5	15/06/2020 22:39:11	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL
			SISTEMA CNJ
	4	15/06/2020 22:39:11	RECEBIDOS OS AUTOS
			SISTEMA CNJ
	3	15/06/2020 22:39:11	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR
			SISTEMA CNJ
			Registro de Distribuição
	2	15/06/2020 22:39:11	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO
			SISTEMA CNJ
			3ª Vara Cível
☐	1	15/06/2020 22:39:10	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL
			Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

PROCESSO: 08153842620208230010

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 **JENILSON PINTO ARRUDA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/09/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/12/2019**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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;

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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)

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 20/09/2019. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 citação⁶.

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 ação⁷

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.**

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷**art. 1º. (...)**

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 19 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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
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 **JENILSON**

PINTO ARRUDA, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08153842620208230010.

Rio de Janeiro, 19 de junho de 2020.

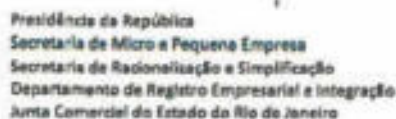


JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



33.3.0028479-6

Sociedade anônima

Normal

[illegible]

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERIA

Online Argumenter:

0000131501 - 18/12/2017

DOI: 10.1002/9781118471996.ch1

SEGURO LÍDER DOS CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT S/A

Balance(s): 102595084

Week: ECC32023-D73D-4232-8033-7CC99416A904

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



REQUERIMIENTO

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:

[illegible]

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Para validar o documento acesse <http://www.jucerj.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 2/13



**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, Jabil 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

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 1 de 3

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 crimes 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, reafirmar as funções específicas perante a 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 Tôres	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 nº 234/03 e Resolução CNSP nº 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 nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 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)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas

Página 2 de 3

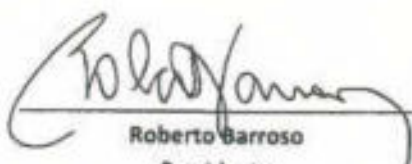
CR *Luci*

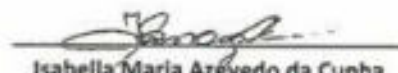
7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

8. ASSINATURAS: A presente 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.), Nicolás 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 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

JOSE ISMAR ALVES TORRES

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149039 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6976386FA88220CFDE4B56AFAD5ECF8FFDDCF88740F233E496AFDA30X1F8S

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/15



JUCERJA
www.jucerja.rj.gov.br

12/10

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS 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.

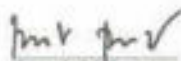
Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

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.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016.
Página 1 de 10


Bernardo R. 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: 4BF9A0C86883B2947C81B477D798CBA11812475AE8208296B235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4896508

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 Assembleia 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 Assembleias, 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, 1/4 (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.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 2 de 10

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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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 Assembleia 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 Assembleia 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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

Bernardo A.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

13/4

convocada.



4996510

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;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 4 de 10

FERNANDO F. S. BENAVENTE
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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4



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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo K.L. Berwanger
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575165 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF8A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15/4

lei ou este Estatuto não confirmam 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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
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: 4BF9ADC88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

16/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4896513

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;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F. S. Barwanger
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: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

12/3



4896514

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;

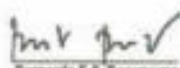
b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

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.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10


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: 4BF9ADC86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



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 1º 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.

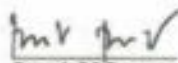
Parágrafo Único – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

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

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10


Bemercio 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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C895
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

19/1/1



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.

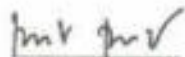
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados 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."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020183578185 - 27/09/2018
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C696
Arquivamento: 00002958603 - 11/10/2016


FERNANDO F. S. BERWANGER
Secretário Geral

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	Tableteiro: Carlos Alberto Figueira Oliveira Rua do Carmo, 47 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9801	ADB28690 088674
Reconheço por ALTEMENTO as firmas de: HELIO BITTON RODRIGUES e		
JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (00000524953)		
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.		
Em testemunho da verdade.		
Conf. por: Paula Cristina A. D. Gaspar		
Serventia T. H. F. L. S.		
Total		
CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ		
Paula Cristina A. D. Gaspar		
1 3.90 Escrivente		
1 12796-48062 série 05077 ME		
Aut. 20.5.3º Lei 8.986/94		

Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.
EOLP-146881 H01-011-56882 GRS
Consulte em <https://www3.tirri.jus.br/sitepublico>

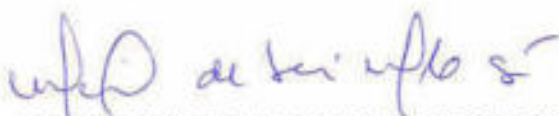
SUBSTABELECIMENTO

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 CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRDESCO 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**; **MITSUMI 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**; **POTENCIAL 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.**; **SUHA 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 nº 107.



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



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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000007527-2

Nr. da Autenticação 33F8BC90A4E0F690



CNPJ: 06.928.427/0001-12
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.4
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP: 51.300-010

0000 200 9520

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

RUA ACRE, 569/1 - BAIRRO DOS ESTADOS BOA
VISTA RR 69385-510

Inscrição

001.008.057.0089.001

Rota

3

Seq. Rota

4358

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y12S469563

Data de instalação

31/10/2012

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

807

CONSUMO (m3)

8

NUM DE DIAS

32

LEITURA FAT. 799

LEITURA INF.

DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 7-0
201906 10-0
201905 15-0
201904 14-0
201903 11-0
201902 12-0

MEDIA 11

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
AMOSTRA	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXISTENTE	100	100	100	100	100
ANALISADA	200	200	200	200	200
CONFORME	200	200	200	200	200

DESCRICAO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3 23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO:

15/09/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

IMPRESSO EM: 13/08/2019 08:47:06

Via do Cliente

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Para Dora Guimarães Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 762.732.616/87
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jemilson Pinto Arruda inscrito
(a) no CPF sob o Nº 703.289.332/52 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Jemilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332/52 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

RG e CPF

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua Aire</u>		Número	<u>569</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Estadão</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
						<u>69.305-510</u>

Boa Vista 27 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Zemilson Pinto

Data: 21/07/19 às 10:00

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx. exposta 5º dedo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TTO Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

I

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Osteomielite

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto R3

1º AUXILIAR:

Dr. Pedro R1

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Lavagem em DDA sob anestesia
- 2 - Antepsia + antiseptia + colocação de curativo estéril
- 3 - LMC extensiva com 5L de Sol 0,9%
- 4 - Fixação do foc. de fratura em poliarco metálico de 35° Guinobachto direito com fio de Kirschner 2,5mm
- 5 - Tenoroplastia da lesão em 3º Guinobachto direito
- 6 - Sutura + curativo
- 7 - LPA

Roberto R3
 21/07/2019

Dr. Pedro de S. Faria
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 21/07/2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ANESTESIA

Paulo Pinto Amato 27a R. de Almeida
 HENRIQUE - ZILCA - DORIS - EMILIO
 607-100-8

1003-5mg 4:00, 5:00, 6:00, 7:00, 8:00, 9:00, 10:00, 11:00, 12:00, 13:00, 14:00, 15:00, 16:00, 17:00, 18:00, 19:00, 20:00, 21:00, 22:00, 23:00, 24:00

Bom dia, R.R.

23/08/39



INFUSÃO	VITALS	TIME	ANESTESIA
1003	100	4:00	1003
1003	100	5:00	1003
1003	100	6:00	1003
1003	100	7:00	1003
1003	100	8:00	1003
1003	100	9:00	1003
1003	100	10:00	1003
1003	100	11:00	1003
1003	100	12:00	1003
1003	100	13:00	1003
1003	100	14:00	1003
1003	100	15:00	1003
1003	100	16:00	1003
1003	100	17:00	1003
1003	100	18:00	1003
1003	100	19:00	1003
1003	100	20:00	1003
1003	100	21:00	1003
1003	100	22:00	1003
1003	100	23:00	1003
1003	100	24:00	1003

ANESTESIA	VITALS	TIME	ANESTESIA
1003	100	4:00	1003
1003	100	5:00	1003
1003	100	6:00	1003
1003	100	7:00	1003
1003	100	8:00	1003
1003	100	9:00	1003
1003	100	10:00	1003
1003	100	11:00	1003
1003	100	12:00	1003
1003	100	13:00	1003
1003	100	14:00	1003
1003	100	15:00	1003
1003	100	16:00	1003
1003	100	17:00	1003
1003	100	18:00	1003
1003	100	19:00	1003
1003	100	20:00	1003
1003	100	21:00	1003
1003	100	22:00	1003
1003	100	23:00	1003
1003	100	24:00	1003

ANESTESIA	VITALS	TIME	ANESTESIA
1003	100	4:00	1003
1003	100	5:00	1003
1003	100	6:00	1003
1003	100	7:00	1003
1003	100	8:00	1003
1003	100	9:00	1003
1003	100	10:00	1003
1003	100	11:00	1003
1003	100	12:00	1003
1003	100	13:00	1003
1003	100	14:00	1003
1003	100	15:00	1003
1003	100	16:00	1003
1003	100	17:00	1003
1003	100	18:00	1003
1003	100	19:00	1003
1003	100	20:00	1003
1003	100	21:00	1003
1003	100	22:00	1003
1003	100	23:00	1003
1003	100	24:00	1003

Hoje a cirurgia foi realizada com sucesso em 3º grau, com 100% de sucesso.
 Res. Enxerto R.R.
 Res. Enxerto R.R.
 Michel M. Moura
 Médico Anestesiologista
 CRM - RR 1103

③ Implants de 1g Ad. Hoquena
 ③ Implants de 1g Ad. Hoquena
 ③ Implants de 1g Ad. Hoquena
 ③ Implants de 1g Ad. Hoquena

SUS



Protocolo 00175780
Data Inscricao 21.9.19
Data de Solto 2.10.19
Número de AIH 141950000531-9
Enfermaria 404 4

1º AIH
Eletiva

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

Nome do Paciente
Nome do Responsável
Hospital: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - VGR
Município: RORAIMA
UF: RR
Data de Nascimento: 12/10/1991
Sexo: 1 - Masculino
Raza/Cor: PARDAS
Número do Registro de Nascimento
Nacionalidade: BRASILEIRA

Nome do Paciente: NARCENILTON CELESTINO PINTO DUAR
Nome do Responsável: NARCENILTON PINTO ARRUDA
Endereço: RUA RUI AM ZONAS
Cidade: BELA VISTA
Estado: RR
Código do IBGE: 140010
UF: RR
CEP: 69.310-124

Endereço de Internação: Rua...
Município: RORAIMA
UF: RR
Número de Identificação: 0208020342
Procedimento Principal: 02
Código de Diagnóstico: 562.124
Código de Procedimento: 26

Ordem	Procedimento Realizado	Cod Op	CRM	CCO	QNT	C UTI
01	1908				1	
02	2028				1	
03	1106				1	
04	1851				6	
05	566				2	
06	2007				2	
07	69381				12	
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Assinatura do Médico Autorizador: [Assinatura]
Data da Autorização: 21.9.19
CPF Autorizador: 768.264.736-15
CNS Autorizador: 898.0007.5014.1817
Data da Admissão: [Data]
CPF Auditor: [CPF]
CNS Auditor: [CNS]

SUS



Protocolo
00175.00

Data Interação
2.10.19

Data da Carta
3.10.19

2º AIT
Eletivo

Vinículo da AIT

141950000532-0

Interação

404

4

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIT

Nome do Paciente

Nome do Profissional

QUINTA REBEL DE RORAIMA - HGR

CNS

2319859

Nome do Paciente

JOSE GOMES PINTO ARRUDA

Nome do Paciente

JOSE GOMES PINTO ARRUDA

Data de Nascimento
12/10/1991

SEXO

1 - Masculino

Raça/Cor
PARDA

Nome do Paciente

Nacionalidade
BRASILEIRA

Nome do Paciente

MARIA DE CONCEICAO PINTO DUAR

Nome do Paciente

JOSE GOMES PINTO ARRUDA

Telefone para Contato

(95) 99175-6255

Endereço

RUA RICA AMAZONAS

Número
611

Edifício
DELA VISTA

Código do IBS

Código do IBS
140010

UF
RR

CEP
69.316-124

Unidade de Interação

Unidade de Interação

Médico Solicitante

Ederson

Código SUS

Código de Interação

0.408020407

Procedimento Principal

Esp

C. Int. 010P

010S

010U

010V

Sexo Paciente: ☐ Masculino ☒ Fêmea

Alta

Transf. 010U

Procedimentos Realizados

Ordem	Ata/Procedimento	Cod. Ope.	OFF/ENP	CRM	CRO	QNT	OUT
01	1			1205		1	
02	2			1333		1	
03	3			693		1	
04	4			1969		1	
05	5			69389		1	
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Assinatura

Nome do Médico

Roberto Carlos de Carvalho

Nome do Médico

Data Autorização

2.10.19

CNP Autorização

768.264.730-16

CNS Autorização

888 0007 5018 1817

Data Anulação

CNP Anulação

CNS Anulação

Alba: 03/10/99

 SUS	Estado União de São Paulo	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---------------------------------	---------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	BLOCO D	1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CATEGORIA
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		3 - CATEGORIA	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	16 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
1 - NOME DO PACIENTE	17 - SEXO
2 - DATA DE NASCIMENTO	18 - SEXO
3 - NOME DO RESPONSÁVEL	19 - ENDEREÇO DE CONTATO
4 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	20 - CIDADE
5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	21 - ESTADO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente com Ex. Expector de falso medido de 8º Quadrante do Direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
ITO Unipolo + AIB

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS	
Arterial + Ex. Expector + R-X	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	21 - DATA DO DIAGNÓSTICO
Ex. Expector 3º duto	

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Intubação	
24 - NOME DO MÉDICO SOLICITANTE	25 - ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
26 - CIDADE DO ACIDENTE	27 - NÚMERO DO ACIDENTE	28 - GÊNERO	29 - DATA DO ACIDENTE
30 - NOME DA EMPRESA	31 - NOME DA EMPRESA	32 - CIDADE	33 - DATA DO ACIDENTE
34 - NOME DO LUGAR DO ACIDENTE	35 - NOME DO LUGAR DO ACIDENTE	36 - DATA DO ACIDENTE	37 - DATA DO ACIDENTE

AUTORIZAÇÃO	
38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
40 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	41 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
44 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

04080387
5626
1799

ate 7.10



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Wilson Vinícius APT OU LEITO: 27a Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 21/09/19

CIRURGIA: TIPO: TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: FIM: TEMPO TOTAL:

Amputação de 3º dedo da mão esquerda 09:35 10:22

ENFERMEIRO: Felipe ANESTESISTA: Wickel

AUXILIAR: Pedro RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:

AUXILIAR: CIRCULANTE: Elizângela Maria Raimunda

TIPO DE ANESTESIA: APD TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTE COMPRESSAS 07/02 UNID.		☒	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS SORO GLUCOSADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VECRYL Nº	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 4.0/3.0 -	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDEMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☒	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☒	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☒	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☒	SERINGA 01ML		☒	180ml ANTIBIÓTICO PUST 100mg	
☒	SERINGA 03ML		☒	20ml ANTIBIÓTICO 100mg	
☒	SERINGA 05 ML		☒	1.2g ANTIBIÓTICO 100mg	
☒	SERINGA 10ML		☒	1.2g ANTIBIÓTICO 100mg	
☒	SERINGA 20ML		☒	1.2g ANTIBIÓTICO 100mg	
☒	<u>Elipsoz</u>		☒	<u>OUTROS: Adrenar. 15cm</u>	
☒	<u>Cateter de O₂</u>		☒	<u>100ml Alcool 70%</u>	

ATENÇÃO: MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS: DEIXAR NA C.C. DO PACIENTE: VALOR:

INSTRUMENTADOR(A)	PRIMEIRO LUGAR CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SOMA TOTAL
<u>Elizângela Maria Raimunda</u>	<u>Wilson Vinícius</u>	TAXA DE SALA	
INSTRUMENTADOR(A)	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA
		FIM EST. FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

^ahttp://www.cdc.gov/ncez/diseases/zoonotic/doh07_0006.htm.

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CRÍTICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ginecologia		Procedimento Realizado: Tiro uterino de part. exposta de 3º trimestre	
Nome do Paciente: Gardiam André Arruda				Nº do Prontuário: 24.89.19	
Bloco: 2D	Enfermaria: Maca	Leito: 03	Nº da Sala: 03	Circulante de Sala: Oyângela G. Raimunda	
CAIXAS/EQUIPAMENTOS LITIGADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Service

[illegible]

MÉDICO CIRUJÃO: *Volpe*

25 AUXILIARY: *W. Vidler*

INSTRUMENTS

14 VIA-FRONTUÁRIO DO PACIENTE
20 07/05/2016

Dr. Pedro de S. Fajardo
Médico Residente
Oncología y Transplantes
Abril 1994

Hosped. Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 4300, Apto. 001
CEP 68.310-000, Caixa 289 - Manaus - AM
Fone: (066) 214.2611
E-mail: geral@hospedageral.com.br

Nome: Robson Pinho Mendes

Data de Nasc: 12/06/1994 Idade: 24a

Sexo/Leito: MACHO 03 D

Data: 21/09/2019

Térmo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Térmo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Cirurgia Proposta:		Entrada no Sala		Início da Anestesia		Início da Cirurgia		Término da Cirurgia		Término da Anestesia		Anestesia		Cirurgia		Sinais Vitais							
Tipo de Cirurgia: <u>Reparo de Hernia</u>		Início da Anestesia		Início da Cirurgia		Término da Cirurgia		Término da Anestesia		Anestesia		Cirurgia		Sinais Vitais		Sinais Vitais							
Anestesia: <u>RA 3°</u>		Início da Anestesia		Início da Cirurgia		Término da Cirurgia		Término da Anestesia		Anestesia		Cirurgia		Sinais Vitais		Sinais Vitais							
1. Anestesia: Tipo: <u>RA 3°</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		2. Cirurgia: Tipo: <u>Reparo de Hernia</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		3. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> FC: <u>95</u> PA: <u>120/80</u> SAT: <u>95</u>		4. Anestesia: Tipo: <u>RA 3°</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		5. Cirurgia: Tipo: <u>Reparo de Hernia</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		6. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> FC: <u>95</u> PA: <u>120/80</u> SAT: <u>95</u>		7. Anestesia: Tipo: <u>RA 3°</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		8. Cirurgia: Tipo: <u>Reparo de Hernia</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		9. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> FC: <u>95</u> PA: <u>120/80</u> SAT: <u>95</u>		10. Anestesia: Tipo: <u>RA 3°</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		11. Cirurgia: Tipo: <u>Reparo de Hernia</u> Posição: <u>Supino</u> Dose: <u>0,1g</u> Efeitos: <u>CH</u> Observações: <u>1h</u>		12. Sinais Vitais: T: <u>36,5</u> FC: <u>95</u> PA: <u>120/80</u> SAT: <u>95</u>	



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Paulo Roberto</i>					
AGNOSTIC <i>Ex. 14/10/1978 5º de 10</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>4/10/19</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/8H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 8/8H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO SEIO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BCG, ACJANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCEDRADO, HIGRATADO.
 # SOLICITADO: RX- II CONDUTA: MANEJA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 II PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fausto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 04/10/2019

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Admissionado ao UIC 354 do C.C.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Genilson Raulo Amado

Leito: 03

Data: 24/09/18

Localização



Região: Membros

Ortopedia

Etiologia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Tensão () Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do

Leito

() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenó/ Sonda () Outros

Pelo Profissional

() Normal () Macerado () Seca () Eritema/ Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de

Exsudato

() Molhado () Úmido () Seco

Solução de

Limpeza

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Cobertura

primária

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Druga

() 12/12

() Diário

() 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Valdineide da Silva Moraes
Técnicas de Enfermagem
COHEN EN 381192-1E

Observações

Wagner da Silva Moraes
Técnicas de Enfermagem
COHEN EN 381192-1E



Região: Membros

Ortopedia

() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma () Tensão () Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() Necrose Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenó/ Sonda () Outros

() Normal () Macerado () Seca () Eritema/ Rubor
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

() Molhado () Úmido () Seco

() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() 12/12

() Diário

() 48/48h

Wagner da Silva Moraes
Técnicas de Enfermagem
COHEN EN 381192-1E

Wagner da Silva Moraes
Técnicas de Enfermagem
COHEN EN 381192-1E

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

Nome:		Data:		Enfermagem:		Leite:	
Nome Completo:				DTC: / / Sexo: () M () F			
História Diagnóstica:							
Volume de produção: () 5m () 15m () 25m () 35m () 45m () 55m () 65m () 75m () 85m () 95m () 100m							
Aerção: () Sim () Não () Qual:							
Necessidade de intubação? () Sim () Não () Qual:							
Pulso, frequência: () Sim () Não () Qual:							
Circulação: () Normal () Sem definição () Acamado () Cadência de batidas () Freq. () Comprometida/embolizante							
SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Desconhecido ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Tímido ☐ Comatoso ☐ Irritado ☐ Baixa reflexos				☐ Normotensão ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Pulso cheio ☐ Pulso fraco			
PUPILAS				ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Normopupila ☐ Miotica ☐ Anisocoria ☐ Mioclonia ☐ Anisoclonia				☐ VO () SNG/EDG ☐ SNG/EDG ☐ SNG/EDG ☐ SNG/EDG ☐ SNG/EDG			
REGULAÇÃO TÉRMICA				REGULAÇÃO ABDOMINAL			
☐ Afebril ☐ Febril ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia ☐ Normotermia ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia				☐ Normotermia ☐ Distendida ☐ Glóbulo ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia			
CARACTERÍSTICAS DA PELE				SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Hiperotida ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Hiperotida ☐ Hiperotida ☐ Hiperotida ☐ Hiperotida				☐ Normotermia ☐ Distendida ☐ Glóbulo ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Normopneico ☐ Hipopneico ☐ Hiperpneico				☐ Normotermia ☐ Distendida ☐ Glóbulo ☐ Afebril ☐ Febril ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E INFUSÕES							
Cateter Periférico: () Sim () Não () Local: () Data: () Tracograma: () Cateter Central: () Sim () Não () Local: () Data: () Tracograma: () Sonda de Intubação: () Sim () Não () Local: () Data: () Tracograma: () Sonda de Nutrição: () Sim () Não () Local: () Data: () Tracograma: () Sonda de Urina: () Sim () Não () Local: () Data: () Tracograma: () Sonda de Bilete: () Sim () Não () Local: () Data: () Tracograma: ()							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
☐ Diagnóstico Prejudicado ☐ Risco de Infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glúten instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos insuficiente							
☐ Padrão respiratório prejudicado ☐ Via aérea superior/prejudicada ☐ Atividade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Risco de articulação para higiene							
☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente							
Escala de Morse							
1. História de Queda 2. Orientação/Tempo 3. Alteração de Estado de Espírito 4. Alteração de Estado de Espírito 5. Alteração de Estado de Espírito 6. Alteração de Estado de Espírito 7. Alteração de Estado de Espírito 8. Alteração de Estado de Espírito 9. Alteração de Estado de Espírito 10. Alteração de Estado de Espírito 11. Alteração de Estado de Espírito 12. Alteração de Estado de Espírito 13. Alteração de Estado de Espírito 14. Alteração de Estado de Espírito 15. Alteração de Estado de Espírito 16. Alteração de Estado de Espírito 17. Alteração de Estado de Espírito 18. Alteração de Estado de Espírito 19. Alteração de Estado de Espírito 20. Alteração de Estado de Espírito 21. Alteração de Estado de Espírito 22. Alteração de Estado de Espírito 23. Alteração de Estado de Espírito 24. Alteração de Estado de Espírito 25. Alteração de Estado de Espírito							



GOVERNADOR DO ESTADO
Roraima

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

HGR



DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019		DN		12/10/1991	
PACIENTE		JENILSON PINTO ARRUDA							
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITA							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		27		LEITO		MACA 3		DATA	
ITEM								HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						SND	
2		AVP						SND	
3		CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H						SND	
4		CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO						SND	
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N						SND	
6		OMEPRÁZOL 40MG EV 1 X AO DIA						SND	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						SND	
8		TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						SND	
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						SND	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SND	
11		CURATIVO DIÁRIO						SND	
12		SSVV + CCGG 6/6H						SND	
13									
14									
15									
16									
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
RELATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SFM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRIGO,
AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	DE FICIT DE		
18 H	121/68	78	18
24 H	155/96	63	18

Dr. Odinechi Okemini
Médico
CRM 1251

183/90 63 36,7°C

maca 3

Marc 3

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F				
Bloco:	Data: 22/09/19		Enferm.: Marc 3	
Nome Completo:	Jenifer de Paiva Freitas		Sexo: F Id: 1111	
História Diagnóstica	☐ Isolamento ou Preservação ☐ Sim ☐ Não ☐ Indúrio ☐ Contato ☐ Isolado - normal ☐ Isolado - prejudicado			
Alargado:	☐ Sim ☒ Não Q. de Id. em:			
Necessidade de Interação:	☐ Sim ☒ Não Q. de Id. em:			
Possível acompanhamento:	☒ Sim ☐ Não Q. de Id. em:			
Exatidão da:	☐ Normal ☐ Seção de prevenção ☐ Vacinado ☐ Qualidade de rotina ☒ Presença ☐ Comprometida/comprometida			
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR		
☒ Consciência ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Verbal ☐ Torção ☐ Comatoso ☐ Não responde ☐ Agido ☐ Resposta a estímulos ☐ Não responde	☒ Arritmia ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ DC ☐ Hipertensão ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ PAI ☐ Pulso ☐ Pulso ☐ Pulso			
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
☒ Pupilas reagentes ☐ Mioticas ☐ Midríicas ☐ Anisocóricas ☐ Pupilas reagentes ☐ Mioticas ☐ Midríicas ☐ Anisocóricas	☒ SUC ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ OT ☐ KPT ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE			
REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ABDOMINAL		
☒ Afebril ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia ☐ Febre ☐ Afebril ☐ Hipotermia ☐ Hipertermia ☐ Febre	☒ Peristaltismo ☐ Distensão ☐ Sensação ☐ Náusea ☐ Peristaltismo ☐ Distensão ☐ Sensação ☐ Náusea ☐ Peristaltismo ☐ Distensão ☐ Sensação ☐ Náusea			
CARACTERÍSTICAS DA PELE		SISTEMA URINÁRIO / EXCREÇÃO		
☒ Hiperestesia ☐ Desorientada ☐ Resposta ☐ Náusea ☐ Hiperestesia ☐ Desorientada ☐ Resposta ☐ Náusea ☐ Hiperestesia ☐ Desorientada ☐ Resposta ☐ Náusea	☒ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE ☐ SNU/SDE			
Região:		SISTEMA RESPIRATÓRIO		
☒ Região ☐ Região ☐ Região ☐ Região		☒ Região ☐ Região ☐ Região ☐ Região		
CONTROLE DE CÂNCERES/SOMAS/QUEIMAS/OUTROS E PROTEÇÃO				
☒ Câncer ☐ Câncer ☐ Câncer ☐ Câncer	☒ Câncer ☐ Câncer ☐ Câncer ☐ Câncer			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				
☒ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão	☒ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de lesão por pressão			
Escala de Morse				
☒ História de queda ☐ História de queda ☐ História de queda ☐ História de queda	☒ História de queda ☐ História de queda ☐ História de queda ☐ História de queda			
☒ História de queda ☐ História de queda ☐ História de queda ☐ História de queda				

Pam
Médico



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

HGR

MACA 3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA					
AGNOSTIC FX EXPOSTA 3RO QRD MAO D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	21	LEITO	MACA 3	DATA	23/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				50
2	AVP				10/10/10
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
5	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DU 1CP 50MG VO DE 8/8H				
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				
10	CURATIVO DIÁRIO				
11	SSVV + CCGG 8/6 H				
12	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 H				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E/OU</u> GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

OB: D PA: 110/70 PS: 80 TP: 36

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	109/77	85	19	36.4
18 H	122/80	78	18	35.5
24 H	130/67	79	+	35.3

Dr. Jairo de Aguiar Aguiar
CRM 556

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Amilson Pinto Almeida

Leito:

03

Amenda

Data: 28/09/19

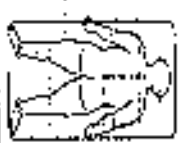
Localização



Região:

coxa

Grav: I () II (X)



Região:

M.S.D

Grav: I () II (X)

Etiologia

() PP I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência do
Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Escarado (X) Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Escarado (X) Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Periférica

() Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
() Outro: edematizado

(X) Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Puro () Seroso (X) Sanguinolento () Seco
() Outro:

() Puro () Seroso (X) Sanguinolento () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

() Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de I. limpeza

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

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

Cobertura primária

() Gaze () Colaplast/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
(X) Outros: AGE

() Gaze () Colaplast/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outros:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou

Renata de Oliveira

Renata de Oliveira

Renata de Oliveira

Renata de Oliveira

Renata de Oliveira

Observações:

Atualizado o curativo no dia 28/09/19
Renata de Oliveira

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS ABERTOS

[illegible]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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

HGR
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	27	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	MACA 3	DATA	24/09/2019
1	DIFTA ORAL LIVRE				HORARIO
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H 5/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N				
8	TRAMAL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR M				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	18.1/64	56 bpm	18 mmHg	35.8°C
18 H	58/34	67	18	36.4°C
24 H				

Dr. Osmar O. Osmar
Médico Roraima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 185108

MACA 3

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborador: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Jackson Pinto

Leitor: S

Data: 24/10/2014

Localização



Região: calcanhar lateral



Região:

Grau: I () II () III ()

Etiologia

☒ PP III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vasculopatia ☐ Trauma: ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:

☐ PP I II III IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vasculopatia ☐ 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 Periférica

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seco ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seco ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco

Solução de limpeza

☒ Solu. Fisiológica 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Iodo ☐ Outros

☐ Solu. Fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Iodo ☐ Outros

Cobertura primária

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

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

Troca

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48

☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48

Profissional que realizou procedimento:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Observações:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HIGR

Paciente:

Demilson Pinto Amado

Leito:

3

Data: 24/04/19

Localização		Região: <u>MSTD</u>		Região: <u>MLE</u>
Etiologia	☐ LPII III IV 2º ☒ Queimadura (A) ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ LPII III IV 2º ☒ Queimadura (A) ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grav: 1 () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII ()	☐ LPII III IV 2º ☒ Queimadura (A) ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ LPII III IV 2º ☒ Queimadura (A) ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grav: 1 () II () III () IV () V () VI () VII () VIII () IX () X () XI () XII ()
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Estase ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritima/ Rubeor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Estase ☐ Granulação ☒ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritima/ Rubeor ☐ Outro:
Polio Perifoneal	☐ Normal ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Puntado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Puntado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Puntado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Puntado ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguineo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:
Solução de Limpeza	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colapase/Fitobase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Procedimento	☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h ☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h	☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h ☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h	☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h ☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h	☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h ☐ 12/12 ☒ 10/12 ☐ 14/18h
Observações	Renata Silva Rodrigues COREN 12.123 Ass. Químico de São Paulo TCC em Enfermagem COREN 12.345	Renata Silva Rodrigues COREN 12.123 Ass. Químico de São Paulo TCC em Enfermagem COREN 12.345	Renata Silva Rodrigues COREN 12.123 Ass. Químico de São Paulo TCC em Enfermagem COREN 12.345	Renata Silva Rodrigues COREN 12.123 Ass. Químico de São Paulo TCC em Enfermagem COREN 12.345



CRANIOE NEUROLÓGICO
Hospital de Referência Roraima

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MACA 3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE	JENILSON PINTO ARRUDA					
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	27	LEITO	MACA 3	DATA	25/09/2019	
ITEM						HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/D
2	AVP					AVP
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H					12/12H
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO					6/6H
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					6/6H
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					8/8H
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	SSVV + CCGG 6/6H					SSVV
13						
14						
15						
16						
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/70	62	18	36.2
18 H	141/57	68	-	35.8°C
24 H	143/50	76	-	36.5°C

Dr. Guilherme Okamoto
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 164112

06 102 x 58 55 - 35.5



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

Data: ____/____/20____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Apresentação: ☐ Sim ☐ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - corpo ☐ Gotícula - periferia
 Alerta: ☐ Sim ☐ Não Qual (is): _____ Sexo: ☐ F ☐ M
 Paciente Indígena: ☐ Não ☐ Sim Necessidade de Interpretar? ☐ Sim ☐ Não Qual idioma: _____
 Possui comorbidade: ☐ Sim ☐ Não Obs: _____
 Circulação: ☐ Normal ☐ Acamada ☐ Espinha de todos ☐ Comprometida: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Reage ☐ Alterações:
 PUPILAS: ☐ Fotomédica ☐ Mioticas ☐ Miotas ☐ Miotas ☐ Miotas ☐ Miotas ☐ Miotas ☐ Miotas
☐ Isotéricas ☐ Anisotéricas ☐ Não reagentes ☐ Aférril ☐ Férril ☐ Hipertônico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar anêmico ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração
 Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Dure: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Gástrico
☐ Pulse cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico ☐ Ruídos hidroacústicos ☐ Presença ☐ Ausente
 Exame físico: ☐ Bulhas cardíacas ☐ Pulsos: _____ Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIÁRISE

☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Prêda ☐ Ureter ☐ SNG/SOG ☐ SVE/SOC ☐ STT
☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Cistostomia ☐ Alterações: _____
☐ Integridade cutânea ☐ Outras: _____

CARACTERÍSTICAS DA PÊLE

☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ruborizada ☐ Edema Local ☐ Risco de Lesão Sinalizado:
☐ Normocrada ☐ Violéica ☐ Anistérica ☐ Local: _____ Data: _____
 Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRÊNS

Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____
 Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinal de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
 Dreno de: _____ Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Degradação prejudicada ☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Risco de Lesão por Pressão
☐ Risco de infecção ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Risco de Quedas
☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de Broncoaspiração
☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Eliminação urinária prejudicada
☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Risco de constipação
☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Comunicação deficiente
☐ Volume de líquidos deficiente ☐ Deficiência no autocuidado para higiene

Escala de Morse

1. Histórico de Quedas: ☐ Não ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim
 2. Diagnóstico Secundário: ☐ Não ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim
 3. Terapia Endovenosa/dispositivo sinalizado: ☐ Não ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim
 4. Auxílio na Desambulação: ☐ Não ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim
 5. Marcha/Desambulação: ☐ Não ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim ☐ Sim
 6. Estado Mental: ☐ Orientado/limpado/conhece as limitações ☐ Suscetível a capacidade/Esquece limitações

Prescrição de Cuidado Para Quedas

☐ Manter grades laterais elevadas ☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação
☐ Auxiliar o paciente na higiene ☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair do campo
☐ Manter cama com rodas travadas ☐ Necessidade de contenção ao leito
☐ Manter vigilância de ____ / ____ horas ☐ Colocar sapato nos pés
☐ Material de uso pessoal ao alcance do leito

Registro Geral

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____
 Data: ____/____/____



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

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

HGR

MACA 3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA						
DIAGNOSTICO FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
ITEM		MACA03		26/09/2019		
1	DICTA ORAL ZERO					HORARIO
2	AVP					5:00
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H					12:00
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					18:00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					21:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					05:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					08:00
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SF DOR IN					11:00
9	S/MENKONA 1 CP OU 40 GQTAS V.O 8/8 HRS S/N					14:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					17:00
11	CURATIVO DIÁRIO					20:00
12	SSVV + CCGG 6/6H					23:00
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUI-MA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUZIR MANTER

SINAIS VITAIS:

6H	PA	FC	FR	
PACIENTE SEM TRATAMENTO (SEM)				
MATERIA PARA REALIZAR				
PROCEMENTO	98/60	70	19	36,5
24H	118/64	84	19	36,1

22 h PA = 118/64 P = 82 T = 36,5

0.50 RA: 107/67 T: 36,2 K: 19 FC: 77

as 13h a seguir adm
medicação de horário
f: SSVV
Ana Maria S. Atencio
Auxiliar de Enfermagem
CORE-RR 000.477-54

336. Realizado medicação
do paciente no momento
mas tem na farmácia.

Prescrita por: [Assinatura]
Técnica de Enfermagem
CORRIGIDA 151.210-72

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente: Jonhen Ruls

Leito: m 13

Data: 26/09/13

Localização		Região: <u>m 13, m 50 (bolsa)</u>		Região: _____
Fisiologia	☒ PP-TH III IV 2º ☐ Trauma: <u>Tratado</u> ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Fator Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: <u>Intervenção</u>	☒ Gran I (X) II () ☐ DM ☐ Vascular ☐ Fator Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____	☐ PP-TH III IV 2º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tratado</u> ☐ Fator Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____	☐ Gran I () II () ☐ DM ☐ Vascular ☐ Fator Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro: _____
Aparência do Eflu	☐ Neutroso: Amarelo/Negra () Esfúculo ☒ Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros: _____ ☒ Normal () Macerado () seca () Eferia / Rotor ☐ Outro: _____	☐ Neutroso: Amarelo/Negra () Esfúculo ☒ Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros: _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Entorpe / Rotor ☐ Outro: _____	☐ Neutroso: Amarelo/Negra () Esfúculo ☒ Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros: _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Entorpe / Rotor ☐ Outro: _____	☐ Neutroso: Amarelo/Negra () Esfúculo ☒ Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros: _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Entorpe / Rotor ☐ Outro: _____
Pele Periferecional	☐ Eburnento () Serosa () Sanguinolento ☒ Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____	☐ Eburnento () Serosa () Sanguinolento ☒ Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____	☐ Eburnento () Serosa () Sanguinolento ☒ Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____	☐ Eburnento () Serosa () Sanguinolento ☒ Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____
tipo de Exsudato	☐ Molhado ☒ Útilico () Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☒ Útilico () Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☒ Útilico () Seco ☐ Outro: _____	☐ Molhado ☒ Útilico () Seco ☐ Outro: _____
Exsudato	☒ Soro Fisiológico 100% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro: _____	☒ Soro Fisiológico 100% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro: _____	☒ Soro Fisiológico 100% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro: _____	☒ Soro Fisiológico 100% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Outro: _____
Cobertura primária	☒ Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outro: _____	☒ Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outro: _____	☒ Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outro: _____	☒ Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outro: _____
Troca	☐ 12/12 () 48/48 ☒ Diário () 48/48	☐ 12/12 () 48/48 ☒ Diário () 48/48	☐ 12/12 () 48/48 ☒ Diário () 48/48	☐ 12/12 () 48/48 ☒ Diário () 48/48
Profissional que realizou procedimento:	<u>Enfermeira: Jéssica</u> <u>Assistente: Jéssica</u> <u>Ortopedista: Jéssica</u>	<u>Enfermeira: Jéssica</u> <u>Assistente: Jéssica</u> <u>Ortopedista: Jéssica</u>	<u>Enfermeira: Jéssica</u> <u>Assistente: Jéssica</u> <u>Ortopedista: Jéssica</u>	<u>Enfermeira: Jéssica</u> <u>Assistente: Jéssica</u> <u>Ortopedista: Jéssica</u>
Observações:	 	 	 	

404-4


 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019		DN		12/10/1991				
PACIENTE		JENILSON PINTO ARRUDA										
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO										
ALERGIAS		HAS		DM2								
IDADE		27		LEITO		MACA 3		DATA		27/09/2019		
ITEM											HORARIO	
1		DIETA ORAL LIVRE									SO	
2		AVP									SO	
3		CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H									SO	
4		CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H									SO	
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N									SO	
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA									SO	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N									SO	
8		TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR									SO	
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N									SO	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG									SO	
11		CURATIVO DIÁRIO									SO	
12		SSVV + CCGG 6/6H									SSVV	
13												
14												
15												
16												
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA										

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA

IL

 SSVV 6H
 PA 700/60
 FC 80
 T 36,7

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	135/80	81	19	30p
18 H	108/60	83	19	35p
24 H	90/60	72	79	35p

 DR. OSMAR OKENKI
 MEDICO RESPONSÁVEL
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 18518

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HRCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2015

Paciente: Yvelian Pinto Amade

Leito: 03

Data: 27/09/19

Localização



Região: M.I.D.

Grav: I () II (x)

Etiologia

☐ L.P.P. I II III IV 9* ☒ Queimadura (-) ☐ Cirúrgica ☐ DM (-) ☐ Vascular
☐ Trauma: Tráfego ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outro:

Aparência do

leito

☐ Neurose: Ansiedade/Negra ☐ Escarola ☒ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☐ Outros

Pele: Periférica

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Húmida/Rubor
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Ferimento ☒ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Sero
☐ Outro:

Quantidade de

Exsudato

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

Soluções de

Farmácia

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexantina 2% ☐ Álcool 70%
☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Governança

primária

Troca

☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

Profissional que

realizou

Valéria da Silva Mourais
Técnica de Enfermagem
CRN-PR 330.155

Letícia Aparecida
Técnica de Enfermagem
CRN-PR 330.155

Ana Carolina da Silva
Técnica de Enfermagem
CRN-PR 330.155

procedimento

CRN-PR 330.155

Observações:



Região: M.S.D. I unco

Grav: I (x) II (x)

☒ L.P.P. I II III IV 9* ☒ Queimadura (-) ☐ Cirúrgica ☐ DM (-) ☐ Vascular
☒ Trauma: Tráfego ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia
☐ Outro:

☐ Neurose: Ansiedade/Negra ☐ Escarola ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida fechada ☐ Drenos/Sonda ☒ Outros Tráfego de Veículos

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Húmida/Rubor
☐ Outro:

☐ Ferimento ☒ Seco ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Sero
☐ Outro:

☐ Molhado

☒ Úmido

☐ Seco

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexantina 2% ☐ Álcool 70%
☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

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

☐ 12/12

☒ Diário

☐ 48/48h

Valéria da Silva Mourais
Técnica de Enfermagem
CRN-PR 330.155

Letícia Aparecida
Técnica de Enfermagem
CRN-PR 330.155

Ana Carolina da Silva
Técnica de Enfermagem
CRN-PR 330.155

CRN-PR 330.155

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

Date: / / 20

Enfermarla:

1 pitn'

Nome Completo:

DN:

Հիշատակ Դեպքեր:

Frecuência	Sig.	Não	r / Pedra	Contacto	Glicula - aerossol	Glicula - perdicota
------------	------	-----	-----------	----------	--------------------	---------------------

Idade: 15-19	Quanto:	Sexo: () F () M
Padrão de vida: 1980-1990	Necessidade de Int. prot. 23	Dual int. 23

Nome do acompanhante:	☐ Sim	☐ Não	Obr:	☐ Sim	☐ Não	Qual idioma:
-----------------------	------------------------------	------------------------------	------	------------------------------	------------------------------	--------------

Distribuição: () Normal () Acarnado () Cadeia de rodas () Comprometida

SISTEMA NEUROLÓGICO						
Consciente	Orientado	Desorientado	Agitado	Non Resiste	Allegado	

PUPILAS		Regimentado		Não Regte		Alergias: _____	
Fosforescente	Amorfas	Midriática		Alebril		Regulação Térmica	
Isoéticas	Anisotópicas	Não Regentes		Alergias:		Fébril	() Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO					
Superfície	Bradipneico	Taquipneico	Dispneico	Asfiriótico	Traqueostomia

Oxigenoterapia	Sim	1/100	Oxig:	
	SISTEMA CARDIOVASCULAR			REGULAÇÃO ABDOMINAL

Normatizado	Brasileiro	Técnico	Normatizado	Distendido	Globo
Pulso	Flutuação	Arterial	Ruidos Hidroacústicos	Presença	Ausente

Exatidão	SISTEMA URINÁRIO / ORGÃO SE	AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
-----------------	------------------------------------	--

Experiência	Novo	Experiência	Dropout	1	NO	1	SNE/SOE	1	SNE/SOE	1
Aluno	Ocupado		Clustream		Achados de dados	1	SIM	1	Não	1
Experiência	Ocupado		Clustream		Achados de dados	1	SIM	1	Não	1

Características da Voz:		Enfermeiras:		Presença	1	Ausente	0
CARACTERÍSTICAS DA VOZ		Alterações:					
1) Intenidade	2) Timbre	3) Ritmo					
4) Frequência	5) Duração	6) Timbre					
7) Intensidade	8) Timbre	9) Ritmo					
10) Frequência	11) Duração	12) Timbre					

Plano:	Presente	Ausente
Temas:	Temas: Local: _____	

Resposta:	Assin do Médico Responsável:
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS	

Categoria Americano: () Sim () Não Local: _____ Data: ____/____/____ Trocar em: ____/____/____
 Categoria Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo recebido em: ____/____/____ Trocar em: ____/____/____

Qual a intensidade do odor da punção? ☐ Sim ☐ Não

Quando da: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Questions: ☐ Jim ☐ Kilo Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
1. Desnutrição	2. Dor	3. Ansiedade	4. ...

Risco de Lesão por Pressão	☐ Nenhum risco ☐ Risco de Lesão por Pressão
Risco de Quedas	☐ Nenhum risco ☐ Risco de Quedas

Risco de nutrição desequilibrada	() Mobilidade física prejudicada	() Risco de broncoaspiração
Risco de eliminação inadequada	() Risco de integridade da pele prejudicada	() Eliminação urinária prejudicada

1. Plano de desequilíbrio da base	2. Falta de desequilíbrio na temperatura corporal	3. Risco de constipação
4. Volume de líquidos excessivo	5. Risco de secura prejudicial	6. Comunicação eficiente

Exatidão de líquidos de densidade	1.) Densidade no automático para Higiene	
	Escala de Massa	

Historico de Quenda	6. Estado Mental	[.] Manier grades lateras elevadas
---------------------	------------------	------------------------------------

0	Orientação/limitação/condição de limitações	0	Identificar o tipo de quebra na placa d
25	Suprema capacidade/escala limitada	15	Aplicar o agente na higiene

Diagnóstico Secundário	TÓRAX	1) Orientar o paciente a pedir ajuda para
PROBLEMA	Defeito Esquelético U-24	Manter o corpo com rodas travadas

15	Risco Médio	25 - 44	Necessidade de entender ao lado
16	Risco Alto	Maiores que 45	Manter vigilância de

0	Sinalização do Risco:	Quando ocorre nos pós
20	Risco sinalizado no quadro de comunicação:	Materiais de uso pessoal do beneficiário

Auxílio no Beiradutório	() Risco registrado na planilha Identificação Ietto
Intum/Avenida/Axillido	() Registro Geral

Mucosa/Berçola/Andador	15
Objetivo Paralelo	80

Mapcha/Deambul/So	
normal/Som/deambul/Mapcha/Acamarcho	3

Ratio	50	
Component/Carbazone	211	

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

[illegible]

Journal of Management Education 30(6)p.789-804



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA						
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		27	LEITO	404-4	DATA	28/09/2019
ITEM		HORARIO				
1	DIFTA ORAL CIVRF					SN
2	AVP					SN
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H					SN
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					SN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					SN
6	OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
11	CURATIVO DIÁRIO					SN
12	SSVV + CCGG 6/6H					SN
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	118/66	59	20	37.1
18 H				
24 H				

Dr. Odinaldo
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.540-0

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Ferimentos em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente: Yulson Pinto AlmeidaLeito: 408-4Data: 28/09/19

Localização			Região: <u>MSD</u>			Região: <u>M1E</u>
Etiologia	☐ MAF I II III IV V ☒ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tráfego</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☒ Outro: <u>Prolapso</u>		☐ MAF I II III IV V ☒ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tráfego</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:		☐ MAF I II III IV V ☒ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tráfego</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☒ Necrose Amarela/Verde ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Estabilização ☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		☐ Necrose Amarela/Verde ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Hipertrofiação ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:		☒ Normal ☒ Mecurado ☐ Seca ☐ Friagem / Rulcer ☐ Outro:	
Pele Periférica	☐ Normal ☒ Mecurado ☐ Seca ☐ Friagem / Rulcer ☐ Outro:		☐ Normal ☒ Mecurado ☐ Seca ☐ Friagem / Rulcer ☐ Outro:		☐ Normal ☒ Mecurado ☐ Seca ☐ Friagem / Rulcer ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	
Solução de Limpeza	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:		☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:		☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:	
Cobertura Primária	☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sinalização de Itra ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sinalização de Itra ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☒ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sinalização de Itra ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Procedimento	☐ 12/12 ☒ 18/18 ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ 18/18 ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ 18/18 ☐ 48/48h	
Observações	Membro de <u>Yulson Pinto Almeida</u> <u>408-4</u> <u>28/09/19</u> Membro de <u>Yulson Pinto Almeida</u> <u>408-4</u> <u>28/09/19</u> Membro de <u>Yulson Pinto Almeida</u> <u>408-4</u> <u>28/09/19</u>					

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AMBULATORIAIS

[illegible]



ESTAB. DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

HGR

404
4

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA					
DIAGNÓSTICO: FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE:		LEITO		DATA	
		404-4		30/09/2019	
ITEM					HORÁRIO
1 DIETA ORAL ZERO					SND
2 AVP					
3 CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/8H					
4 CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					
5 DIFENIDRAMINA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7 FLASID 10MG EV 8/8H S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAS > 110 MMHG					
11 CURAT.VO DIÁRIO					
12 35VV + CCGG 6/8H					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AL EBRIL, CUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

PA	FC	FR
PACIENTE SEM TRATAMENTO (SEM MATERIAL PARA REALIZAR PROCEDIMENTO)		
24 H	77	27,4

06/09/2019
12m.P.A 90/60 mmHg
P. 72
T. 36,2
R. 17

18.P.A = 115/70
P. 67 R. 19
T. 36,2

Dr. JENILSON PINTO ARRUDA
CRM 14.566

Aluno:		Data:		Enfermeira:		Linha:	
Nome Completo:				DN:		Série:	
Hipótese Diagnóstica:							
Soluções de Resolução: ☐ Não ☐ Parcial ☐ Contato ☐ Atitude - necessária ☐ Fatores - possíveis							
Alergia: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe							
Vermelhidão / Eritema: ☐ Sim ☐ Não ☐ Qual: _____							
Pele: ☐ Sim ☐ Não ☐ Obs: _____							
De: ☐ Sim ☐ Não ☐ Sim - deambulação ☐ Acumulação ☐ Occlusão de pele ☐ Tração ☐ Comprometimento de pele							
SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA CARDIOVASCULAR			
☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Refrge a estímulos ☐ Não reage				☐ Normotônico ☐ Uredicótico ☐ Tecnotônico BC: _____ ☐ Normotênico ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão PA: _____ ☐ Fluxo Capil ☐ Irregular ☐ Arterial Pulso: _____			
PULSAÇÃO				AUMENTAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL			
☐ Torção de ☐ Pulsos ☐ Irregular ☐ Absorção ☐ Absorção ☐ Não absorção				☐ VO ☐ SNG/NVG ☐ SNG/NG ☐ GTT ☐ RFT ☐ Acomodação da dieta ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial			
REGULAÇÃO TÉRMICA				☐ Normal ☐ Presente ☐ Absente ☐ Distensão ☐ Flacidez ☐ Presente ☐ Absente ☐ Melena ☐ SNG/NVG ☐ SNG/NG ☐ SNG/NG ☐ SNG/NG			
CARACTERÍSTICAS DA PELE				RESOLUÇÃO ABDOMINAL			
☐ Húmida ☐ Depressão ☐ Ressecada ☐ Normotônica ☐ Hipotônica ☐ Hipertônica ☐ Arterial ☐ Capilar ☐ Capilar ☐ Adesão ☐ Adesão ☐ Adesão				☐ Normotônica ☐ Distendida ☐ Glabra ☐ Flácida ☐ Arterial ☐ Hipotônica ☐ Hipertônica ☐ Hipertônica ☐ Flacidez ☐ Presente ☐ Absente ☐ Ausente ☐ Ventrículas ☐ Sim ☐ Não ☐ Não ☐ Não			
☐ Diaporesia ☐ Sim ☐ Não ☐ Tensão ☐ Sim ☐ Não ☐ Circulação ☐ Sim ☐ Não ☐ Faltando ☐ Não				SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			
				☐ Espontânea ☐ SNG ☐ Anódica ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ Anódica ☐ Colúria ☐ Hematuria ☐ Distensão ☐ Irregular ☐ Continua ☐ SNG			
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
☐ Espontânea ☐ Espontânea ☐ Irregular ☐ Irregular ☐ Irregular ☐ Espontânea ☐ Espontânea ☐ Espontânea ☐ Espontânea ☐ Espontânea							
CONTROLE DE CATÉTERES/SONHAS/DRENOS/ÓRISSES E PRÓTESES							
Cateter Padlock		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
Cateter Central		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
Sinal de infecção no site da punção:		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
Sonda:		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
Drenagem:		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
Cateter Vascular:		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
Prótese:		Data:		Trabalhar em:		Trabalhar em:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
☐ Desatuação Prejudicial ☐ Risco de Infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de pressão insuflável ☐ Risco de desconforto da pele ☐ Volume de secreções excessivo ☐ Volume de líquidos deficientes		☐ Risco de respiração inadequada ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilização física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio da temperatura corporal ☐ Risco de desconforto da pele ☐ Risco de dificuldade para higiene		☐ Risco de lesão por pressão ☐ Risco de Queda ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Mipre							
1. História de Queda		24. Tensão Endovenosa/diagnóstico satisfatório					
NÃO		NÃO					
SIM		SIM					
2. Diagnóstico Secundário		3. Marcha/Atividade					
NÃO		Normal/Sem desambiguação/normal					
SIM		Risco					
4. Atitude de Desambiguação		5. Estado Mental					
Normal/Atitude/Atitude		Orientado/limitado/conhece as 4 perguntas					
6. Mobilidade		7. Superfície da pele/Esquema de pele					
Mobilidade Parcial		Risco de lesão de 25-44					
TOTAL		Risco de lesão de 45-64					
Prescrição para prevenção de queda no verso							

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° J

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Saulson Pinto Almeida

Leito:

404-14

Data: 30-09-2019

Localização		Região: <u>coxa D</u>		Região: <u>coxa E</u>
Etiologia	☒ IPR III IV 2º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tecido</u> <u>Fixador Externo</u> ☐ Ortopedia ☐ Outro: <u>fratura de quadril</u>			
Aparência do T.cão	☐ Necrose: Amarela/Neira ☐ Esfúculo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:			
Pele Periferecional	☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Saco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Outro:			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colágeno e Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>AGE</u>			
Truques	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 4x/48h			
Profissional que realizou procedimento	 Rafael José Paolites  Solange de Aguiar  Lorena			
Observações	 Rafael José Paolites  Solange de Aguiar  Lorena			

[illegible]



SUS

Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - CATEGORIA

4 - CATEGORIA

5 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

6 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - SEXO

11 - TELEFONE RESIDENCIAL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

14 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

15 - UF

16 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

18 - HISTÓRICO DA DOENÇA E INTERNAÇÃO

19 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO E EXATOS LAÇOS LÓGICOS (RELACIONAMENTO DE CAUSAS E EFEITOS)

20 - PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO

21 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO

24 - CLÍNICA

25 - DATA DE TÉRMINO

26 - DATA DE INÍCIO

27 - DATA DE TÉRMINO

28 - DATA DE INÍCIO

29 - DATA DE TÉRMINO

30 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE E ASSINATURA

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

33 - FEECHER EX CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - DATA DO RECEBIMENTO

36 - ASSINATURA

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - NOME DO RESPONSÁVEL

39 - NOME DO RESPONSÁVEL

40 - NOME DO RESPONSÁVEL

41 - NOME DO RESPONSÁVEL

42 - NOME DO RESPONSÁVEL

43 - NOME DO RESPONSÁVEL

44 - NOME DO RESPONSÁVEL

45 - AUTORIZAÇÃO

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

48 - DATA DO DOCUMENTO

49 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

50 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

51 - DATA DO DOCUMENTO

52 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

53 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

54 - DATA DO DOCUMENTO

55 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

56 - NOME DO RESPONSÁVEL DO DOCUMENTO

2/10/19

0408020407
5525

210

V795



BOLETIM OPERATÓRIO

Data 02/10/55

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

TIPO DE INTERVENÇÃO

MÉTODOS E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR

ANESTESISTA

RISCO

FIM

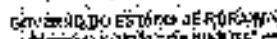
DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. 2. + 2.500 ml de sangue
2. aspirado + at. de 1.500 ml
3. corpos estranhos
4. redução imediata sob
5. radioscopia
6. parafra 2. fio de 1.500
7. curativo + tala
8. R.T.S.

9. Não despinas de material
e de gesso (Placa e parafra)

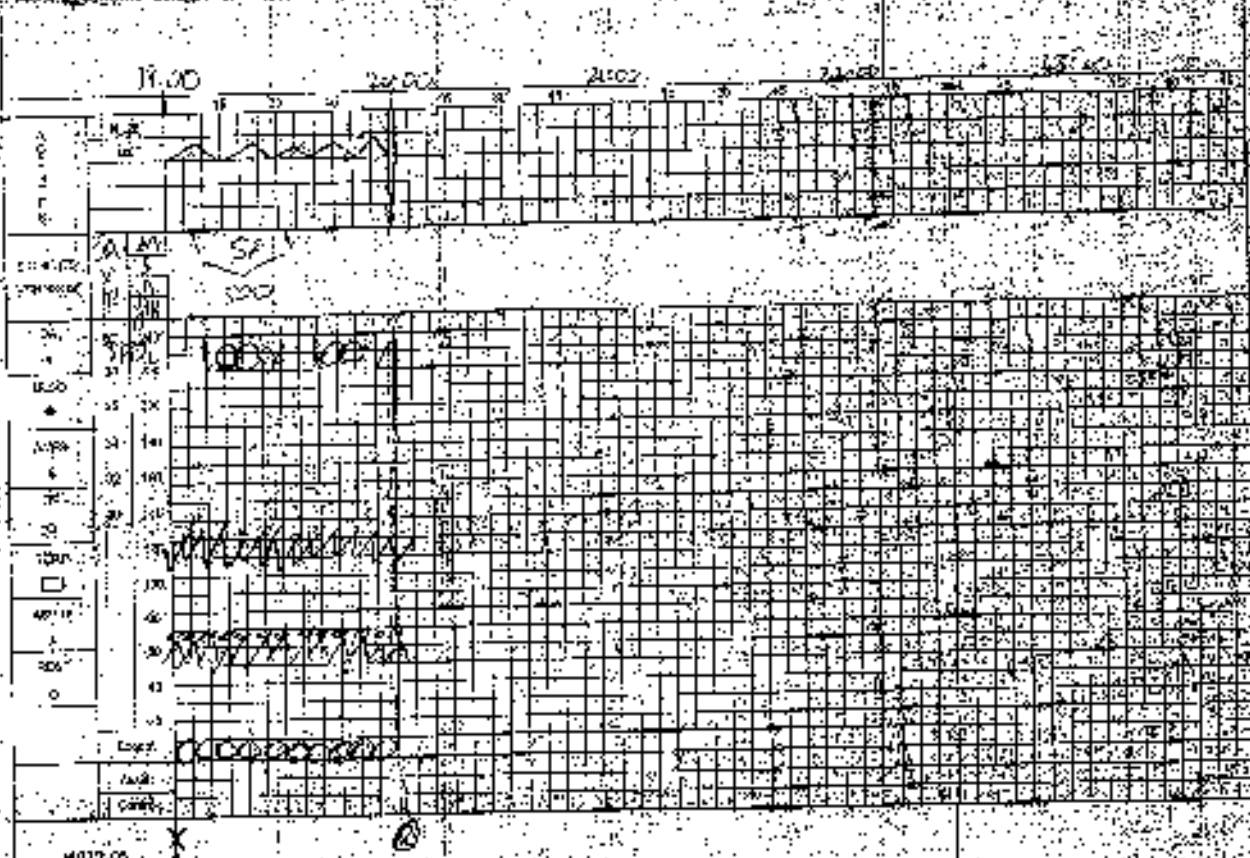
Dr. [Signature]
[Stamp]



02/19

1507 Sam. R. L. Church, 27a

PRO-61670-04005-02000-NCRA/EF=0

[illegible]

Euclides Marques P. Filho
Advogado
CRM 690-DR



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

404-4

NOME DO PACIENTE	DATA	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO
Emiliano Pinto Almeida	02 / 10 / 199	404-4	1901104392
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO	
Osteotomia Fratura Radio distal esquerda		INICIO	FIM
		19:37	19:52
EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO	ANESTESISTA		
Dr. Rogério	Dr. Eduardo		
1ª AUXILIAR	RES. ANESTESIA		
Dr. Anderson	Res. emboles		
2ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		
	CIRCULANTE		
	Helma / Nogueira		
TIPO DE ANESTESIA: BP B (39.09)		TEMPO DE DURAÇÃO:	
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.
7	PCT'S COMPRIMIDAS C/ 03 UNID.		1
10	PACOTES GAZE		1
4	LUVA ESTÉRIL 7.0		1
5	LUVA ESTÉRIL 7.5		1
	LUVA ESTÉRIL 8.0		1
	LUVA ESTÉRIL 8.5		1
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1
1	LÂMINA DISTUR N° 24		1
	DRENO DE SUÇÃO N°		1
	DRENO DE TORAX N°		1
	DRENO DE PENROSE N°		1
	SERINGA 01ML		1
	SERINGA 03ML		1
2	SERINGA 05 ML		1
3	SERINGA 10ML		1
4	SERINGA 20ML		1
	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml		1
	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO		1
	FRASCOS-SORO Glicosado		1
	FIO VICRYL N°		1
	FIO MONONYLON N°		1
	FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°		1
	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°		1
	FIO CATGUT SIMPLES N°		1
	FIO CATGUT CROMADO N°		1
	FIO PROLENE N°		1
	FIO SEDA N°		1
	SURGICHL		1
	CERA P/ OSSE		1
	KIT GATARATA N°		1
	GEOFOAM cateter de		1
	FITA CARDIACA Equipamento		1
	OUTROS: 8 unidades		1
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CIRURGE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Vanessa Almeida	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DO ANESTESIA

Anestesiado: Dr. Eudes

Dr. Eudes

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

Dr. Eudes

O E PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFERIRAM
VERBALMENTE COM A EQUIPE

1. O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

() Sim () Não

2. SE AS CONDIÇÕES DE ENTREGA DE
CIRURGIAS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

() Sim () Não () Não se Aplicam

3. COMO A PRONÓSTICA PARA ANTONIA
PATOLÓGICA FICOU IDENTIFICADA
(UNICÓDICO O NÚMERO DO PACIENTE)

() Sim () Não () Não se Aplicam

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS
TARABEJA RESOLVIDO

() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENTERRAMENTO REVISARÃO
PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

() Sim () Não () Não se Aplicam

Assinatura
Assinatura

Assinatura

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

CHURRÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFERIRAM VERBALMENTE,

() Sim () Não

PRETENSÕES CRÍTICAS PREVENTIVAS:

() RESERVAÇÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são os dados críticos ou inesperados, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

() PREVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Ela a qual a projeção específica com relação ao paciente

() RESERVAÇÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:
Causas e consequências, entre outras coisas, processos e
outros estão previstos e dentro de validade de

atualização (incluindo o resultado do indicador) e
quais são as medidas e equívocos de qualquer
procedimento, devendo ser a seguinte:

A PROTEÇÃO ANTI-CONTAMINAÇÃO:
PLANEJAMENTO DOS CUIDADOS DE MANEJO.

() Sim () Não

AS PREVENÇÕES ESSENCIAIS ESTÃO DISCRONIZADAS,
() Sim () Não

() Não se aplica

ANTES DA ANESTESIA

Anestesiado: Dr. Eudes

Dr. Eudes

De anestesiado:
No Sítio Cirúrgico
Previsão de tempo: () Sim () Não

ANESTESIA GERAL
() Sim () Não se Aplicam

ANESTESIA GERAL
() Sim () Não se Aplicam

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE

ANESTESIA GERAL DE SÍNCRONIA ANESTESIA
CONSCIENTE



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SAUDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SCTOR:

QUANTO

UNIDADE

DEPARTAMENTO

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

BATERIA/HORA

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO

RELAÇÃO DE EXAMES/ANOTAÇÕES

OBSERVAÇÕES

Dr. Jefferson
Médico

CRM-RS 11321 RDE 008

01	100 mg de Amoxicilina	12h	
02	100 mg de Clotrimazol	12h	
03	100 mg de Nifedipina	12h	
04	100 mg de Ibuprofeno	12h	
05	100 mg de Paracetamol	12h	
06	100 mg de Amoxicilina	12h	
07	100 mg de Clotrimazol	12h	
08	100 mg de Nifedipina	12h	
09	100 mg de Ibuprofeno	12h	
10	100 mg de Paracetamol	12h	
11	100 mg de Amoxicilina	12h	
12	100 mg de Clotrimazol	12h	
13	100 mg de Nifedipina	12h	
14	100 mg de Ibuprofeno	12h	
15	100 mg de Paracetamol	12h	
16	100 mg de Amoxicilina	12h	
17	100 mg de Clotrimazol	12h	
18	100 mg de Nifedipina	12h	
19	100 mg de Ibuprofeno	12h	
20	100 mg de Paracetamol	12h	
21	100 mg de Amoxicilina	12h	
22	100 mg de Clotrimazol	12h	
23	100 mg de Nifedipina	12h	
24	100 mg de Ibuprofeno	12h	
25	100 mg de Paracetamol	12h	
26	100 mg de Amoxicilina	12h	
27	100 mg de Clotrimazol	12h	
28	100 mg de Nifedipina	12h	
29	100 mg de Ibuprofeno	12h	
30	100 mg de Paracetamol	12h	
31	100 mg de Amoxicilina	12h	
32	100 mg de Clotrimazol	12h	
33	100 mg de Nifedipina	12h	
34	100 mg de Ibuprofeno	12h	
35	100 mg de Paracetamol	12h	
36	100 mg de Amoxicilina	12h	
37	100 mg de Clotrimazol	12h	
38	100 mg de Nifedipina	12h	
39	100 mg de Ibuprofeno	12h	
40	100 mg de Paracetamol	12h	
41	100 mg de Amoxicilina	12h	
42	100 mg de Clotrimazol	12h	
43	100 mg de Nifedipina	12h	
44	100 mg de Ibuprofeno	12h	
45	100 mg de Paracetamol	12h	
46	100 mg de Amoxicilina	12h	
47	100 mg de Clotrimazol	12h	
48	100 mg de Nifedipina	12h	
49	100 mg de Ibuprofeno	12h	
50	100 mg de Paracetamol	12h	
51	100 mg de Amoxicilina	12h	
52	100 mg de Clotrimazol	12h	
53	100 mg de Nifedipina	12h	
54	100 mg de Ibuprofeno	12h	
55	100 mg de Paracetamol	12h	
56	100 mg de Amoxicilina	12h	
57	100 mg de Clotrimazol	12h	
58	100 mg de Nifedipina	12h	
59	100 mg de Ibuprofeno	12h	
60	100 mg de Paracetamol	12h	
61	100 mg de Amoxicilina	12h	
62	100 mg de Clotrimazol	12h	
63	100 mg de Nifedipina	12h	
64	100 mg de Ibuprofeno	12h	
65	100 mg de Paracetamol	12h	
66	100 mg de Amoxicilina	12h	
67	100 mg de Clotrimazol	12h	
68	100 mg de Nifedipina	12h	
69	100 mg de Ibuprofeno	12h	
70	100 mg de Paracetamol	12h	
71	100 mg de Amoxicilina	12h	
72	100 mg de Clotrimazol	12h	
73	100 mg de Nifedipina	12h	
74	100 mg de Ibuprofeno	12h	
75	100 mg de Paracetamol	12h	
76	100 mg de Amoxicilina	12h	
77	100 mg de Clotrimazol	12h	
78	100 mg de Nifedipina	12h	
79	100 mg de Ibuprofeno	12h	
80	100 mg de Paracetamol	12h	
81	100 mg de Amoxicilina	12h	
82	100 mg de Clotrimazol	12h	
83	100 mg de Nifedipina	12h	
84	100 mg de Ibuprofeno	12h	
85	100 mg de Paracetamol	12h	
86	100 mg de Amoxicilina	12h	
87	100 mg de Clotrimazol	12h	
88	100 mg de Nifedipina	12h	
89	100 mg de Ibuprofeno	12h	
90	100 mg de Paracetamol	12h	
91	100 mg de Amoxicilina	12h	
92	100 mg de Clotrimazol	12h	
93	100 mg de Nifedipina	12h	
94	100 mg de Ibuprofeno	12h	
95	100 mg de Paracetamol	12h	
96	100 mg de Amoxicilina	12h	
97	100 mg de Clotrimazol	12h	
98	100 mg de Nifedipina	12h	
99	100 mg de Ibuprofeno	12h	
100	100 mg de Paracetamol	12h	

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Unidade Hospitalar de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: DIH 21/09/2019 DN 12/10/1991

CIENTE JENILSON PINTO ARRUDA

NÓSTICO FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

RGIA: HAS DM2

IDADE 27 LEITO 404-4 DATA 02/10/2019

ITEM: HORÁRIO

1: DIETA ORAL VRE *12/10/2019*

2: AVP

3: CIPROFLOXACINA 400MG IV 12/12H

4: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

5: DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N

6: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7: PIASIL 10MG EV 8/8H S/N

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

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

10: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11: CURATIVO DIÁRIO

12: SSVV - CCGG 6/6H

13:

14:

15:

16:

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-360: 6UI;
361-420: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
RAÇÕES

AMELÍSSICO; SEG. LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
SATURADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUÇÃO: MANUTIDA

HIDRATADO	PA	FC	FR	
PREVISÃO DE ALTA: SEM				
6H				
12H	60/60	72	18	36.1
18H	60/60	72	18	36.1
24H	60/60	72	18	36.1

06 107x65 84 36.5 C

Assinar
Orcamento
Orçamento
Orçamento

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Versão: 08

Elaborada: 02/2013 Atualizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Tratamento de Feridas

Paciente:

HCR

Jamilson Rinto Almeida

Leito: 404-4

Data: 02-10-2018

Localização	Região: M. S.D.	Região:
Litologia - ☐ EP I ☐ EP II ☐ EP III ☐ EP IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ EP I ☐ EP II ☐ EP III ☐ EP IV ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	
Aparência da Leão ☐ Necrose Amarel/Negra ☒ Escarado ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☒ Mucoso ☐ Seco ☐ Fétido / Ruído ☐ Úlcero	☐ Necrose Amarel/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☐ Normal ☐ Mucoso ☐ Seco ☐ Fétido / Ruído ☐ Úlcero	
Tipo de Exsudato ☐ Puntiforme ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Puntiforme ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	
Cobertura primária ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidroge ☐ Outros:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidroge ☐ Outros:	
Troca ☐ 12/12 ☐ Diário	☐ 12/12 ☐ Diário	
Profissional que realizou procedimento:		
Observações:		

Enfermeiro de Referência
 Mestrado em Enfermagem
 Mestrado em Saúde Coletiva

Enfermeiro de Referência
 Mestrado em Enfermagem
 Mestrado em Saúde Coletiva

Enfermeiro de Referência
 Mestrado em Enfermagem
 Mestrado em Saúde Coletiva



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE	JENILSON PINTO ARRUDA			
DIAGNOSTICO	FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	27	LEITO	404-4	DATA 03/10/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVR			
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	IRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCG 6/6H			
13	<i>Nota: paciente evolui bem no pós-operatório, pulso, perfusão e edema</i>			
14				
15				
16				
SE DIABETICO: 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:

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

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

REVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZIR: MANTIDA

DIABETADO				
SINAIS VITAIS				
REVISÃO DE ALTA: SEM	PA	FC	FR	LA
PREVISÃO				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Augusto Colaninno
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 108.854



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE André Pinheiro Lima 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/09/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de rádio distal

NO DIA 21/09/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de rádio distal SENDO

OPERADO PELO DR. Raposo E DR. Thomson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 AS 14h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 14/10/19 AS 13h00 COM O
DR. Raposo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA

31/10/19

MÉDICO



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Senlaon Pinho Amador 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do osso da mão E

NO DIA 21/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura do osso da mão E SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. T. Lemos

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 ÀS 14 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOYA NO DIA 14/10/19 ÀS 13 horas COM O
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS:

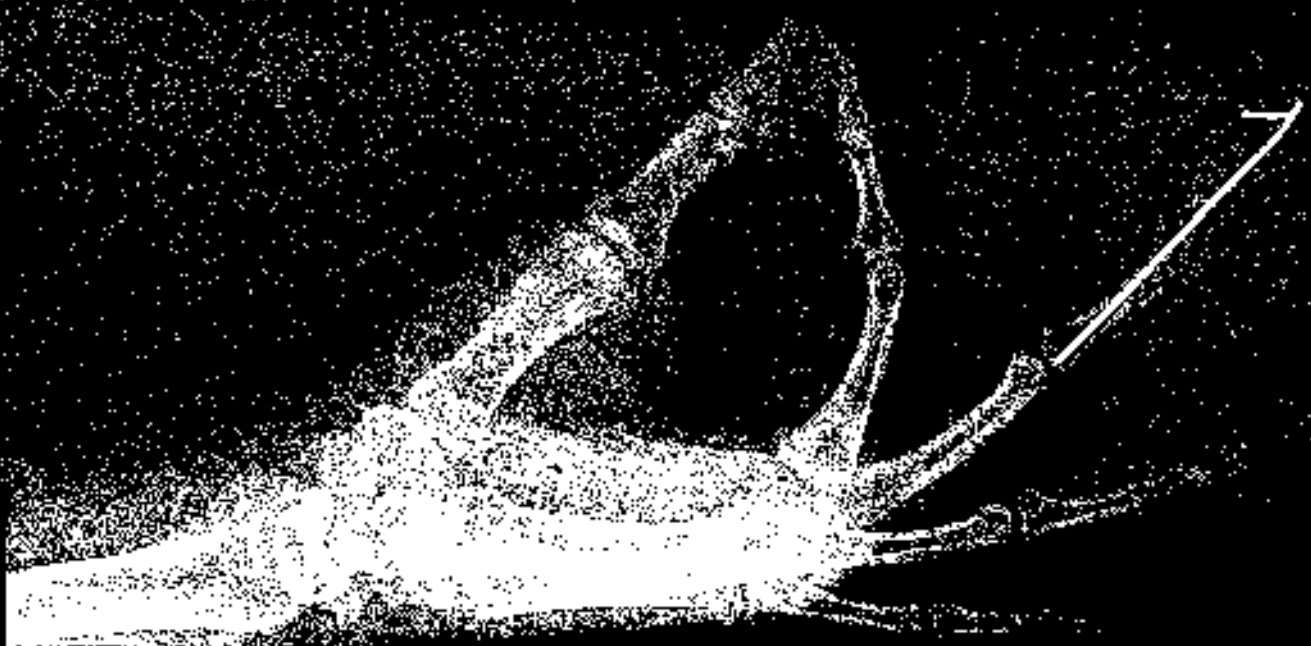
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR EX COM 31 (UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

EM VISTA, 31/10/19

Dr. Augusto Capulente
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1204

MÉDICO



108



JEFFERSON, JIMTO 49RUDA
HOSPITAL CORONEL MO-2

22/2
23/10/2019

3.0403160

70.6%

TRANSDUCER
HOSPITAL CONNECTION

2242

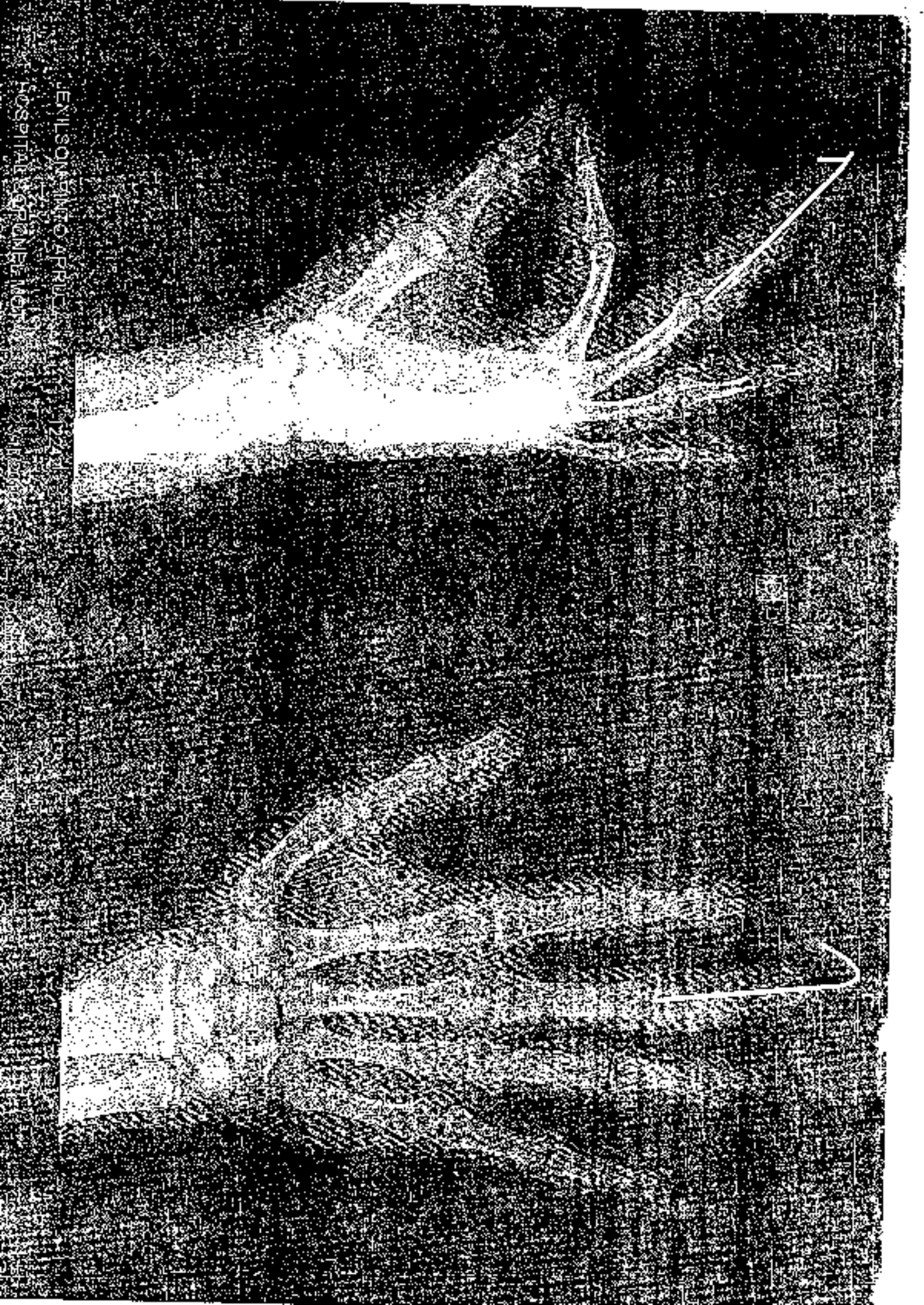
3/10/68

2341



FI





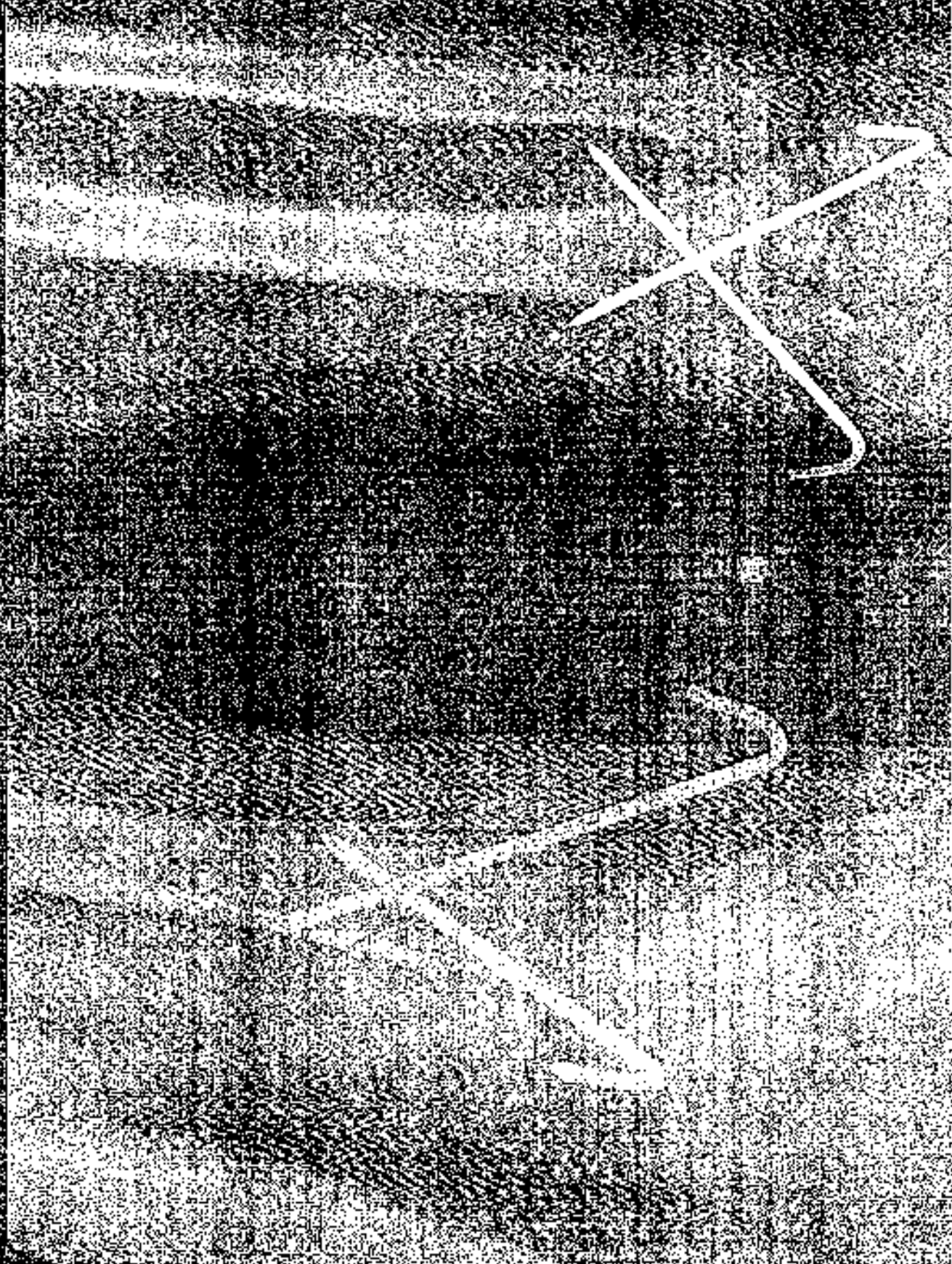
JENILSON RINHO APRIU

HOSPITAL DO CORACAO

JENILSON PINHO ARAUJO
HOSPITAL GONCALVES

12/03/2011

12/03/2011



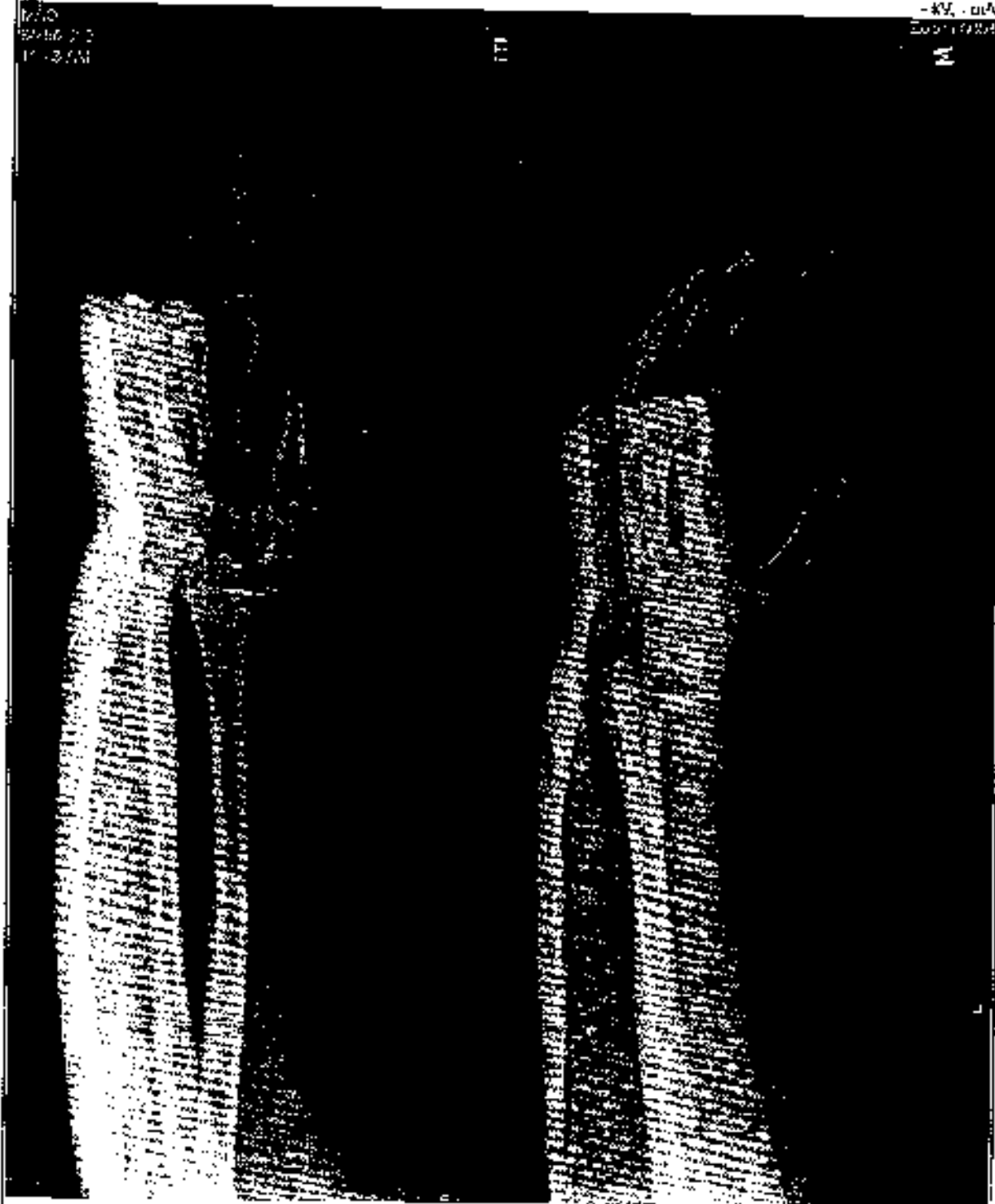
Not intended for official interpretation.

JENILSON PINTO ARRUDA
BL D MACA 33833

HF 37 GERA 72 RORANDA
Operador N/PA3000usuaris
-4V, 10/10/10

17/10
Banco 20
17/10/10

20/10/10



SID 100

L 428
W 205

Not intended for official interpretation.

JERILSON PINHO APARECIDA
BL D MACIA 03335

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operador ICIPAK/Quemaria
LV - mme
2011-10-27



001 mme

L-128
W-230

Not intended for official interpretation.

JF121501 PINTO AP500DA

BJD 40100

ANTE-GNIA(X)

0.20 0.1

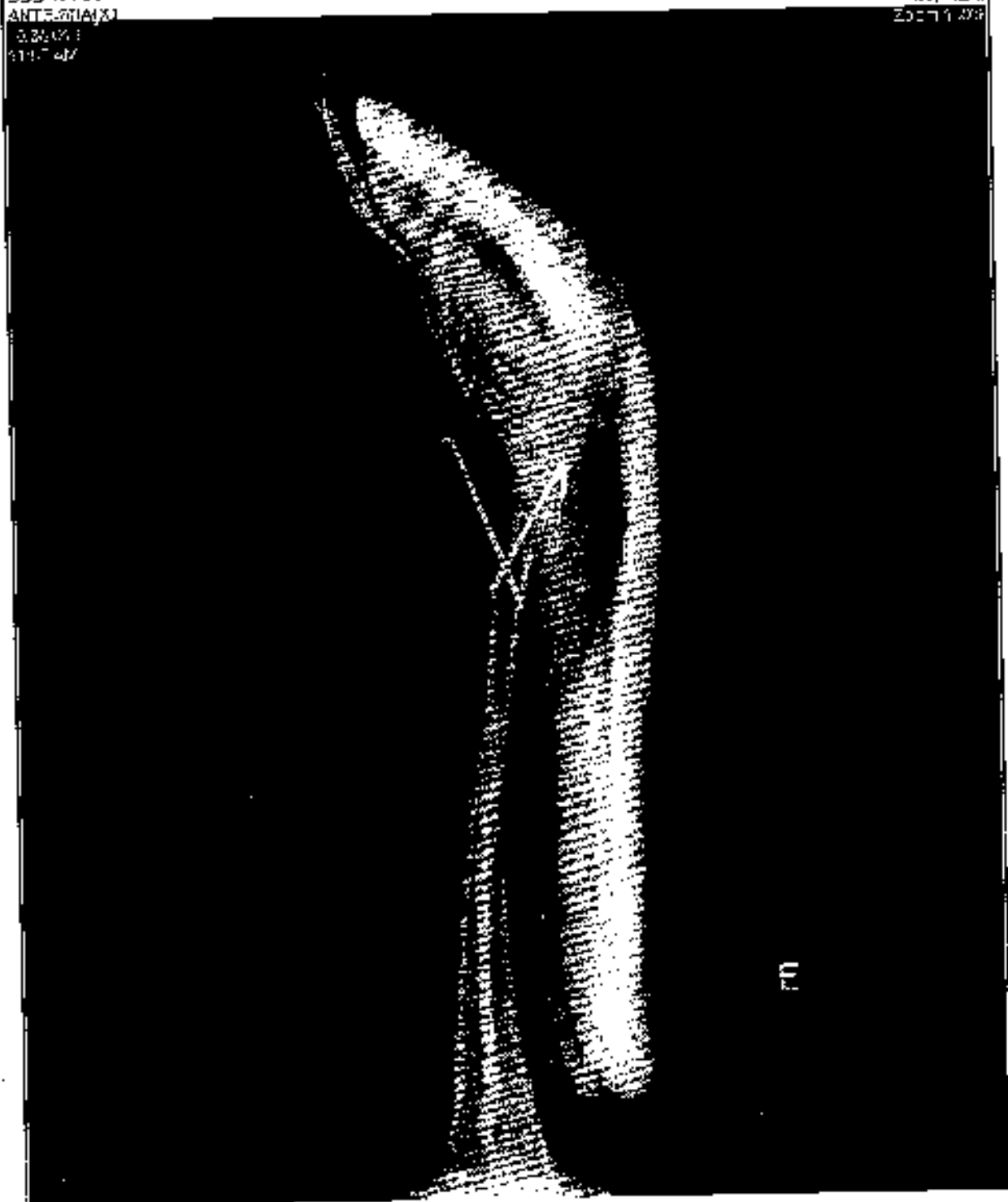
011.7 4M

HOSP GERAL DE PORNAMA

Operatório MORNO SUBSISTENTE

- R.V. 10/03

2007.1.000



510 mm

1-128
57.251

Not intended for official interpretation.

JENILSON PRATO ABRONDA

SLM 404-04

ANIL PRADO

1835/04

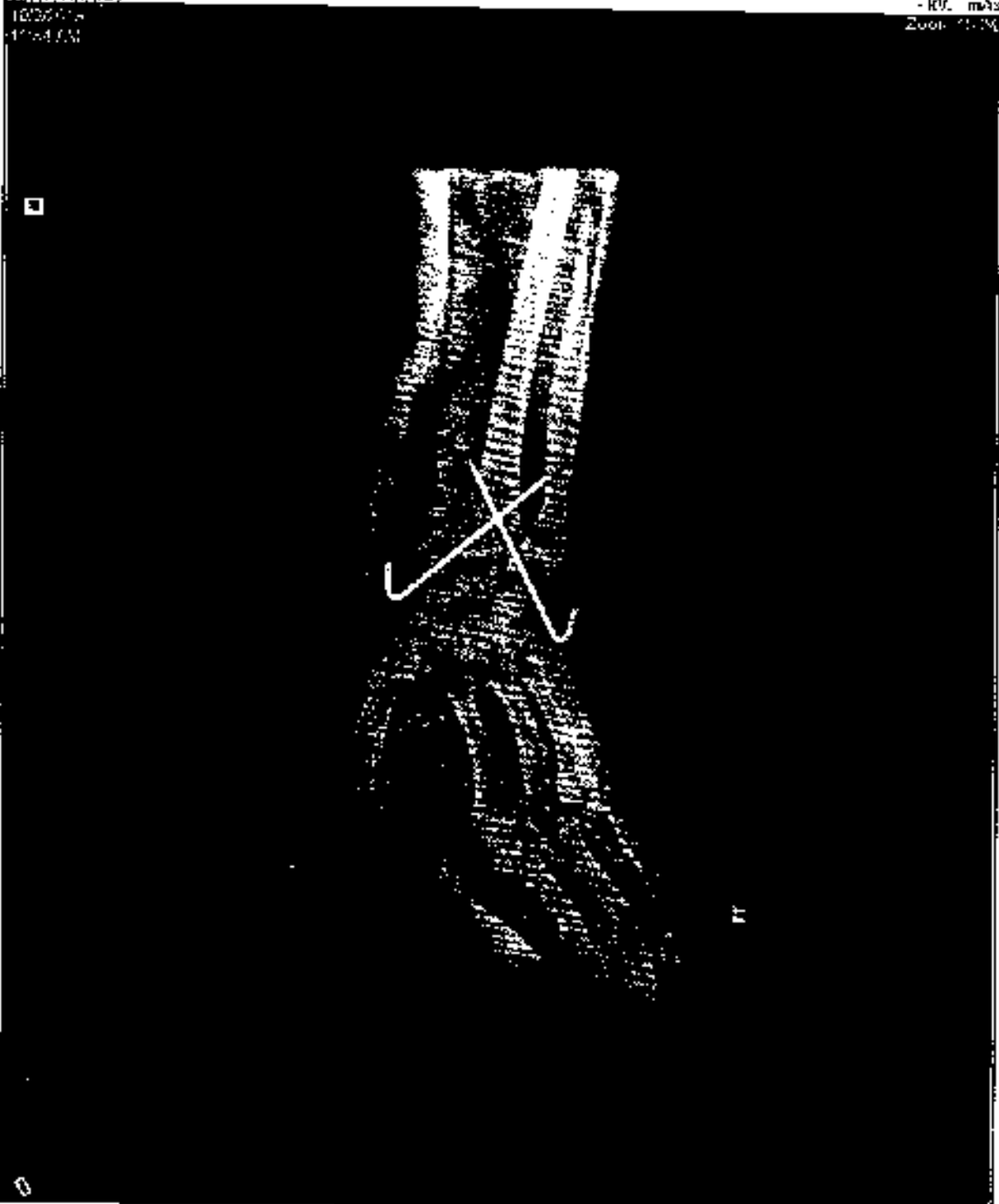
17/04/04

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador NORALDO Xavier

- 10% mais

Zona: 11.04



310 mm

L 17%

W 20%

Not intended for official interpretation.

JERILSON PINTO ARRUDA

BLD 454-94

ANIL-PRADO

0120-1

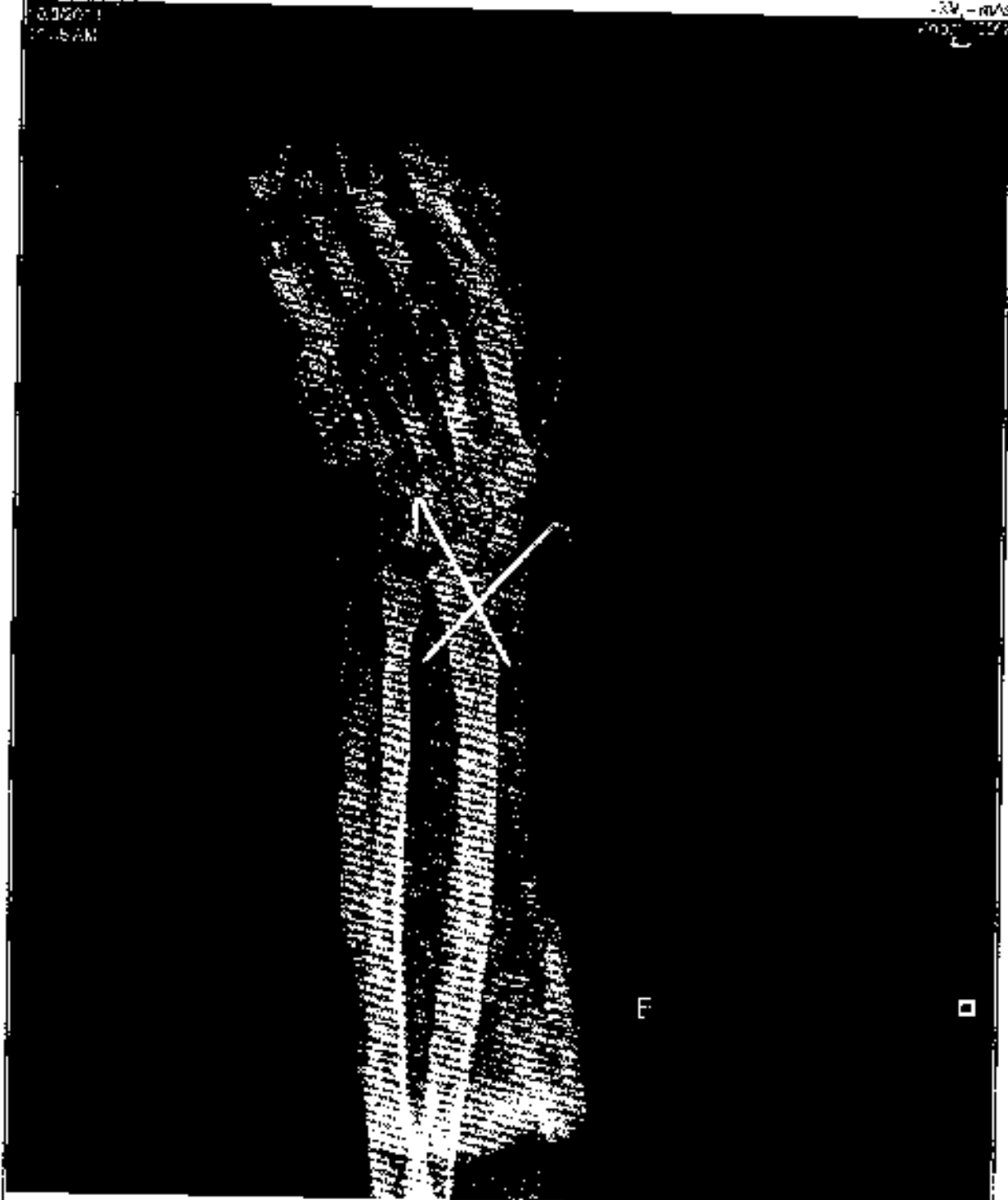
10:45 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador: HONORATO/USUÁRIO

EX - RMS

2007-10-27



3h) cmj

L 128

W 255

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



[Signature]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 464571-5

DATA DE
EXPIRAÇÃO

27/06/2016

NOME
YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO
DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
10/12/1962

CCC ORIGIN
CERTO CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV 8-8
1 OF BOA VISTA - RR

CPF
762.732.616-87

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Especialista de Polícia Civil
Diretor de PCC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAR 2016

SEGURODORA S/A

Av. Duque de Caxias, 424 - Boa Vista - RR

DETRAN - RR Nº 014246946687
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00395469767 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME VANDERLENE DO NASCIMENTO JESUS
RR

CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0550CR534680

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. / POT. / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª *****

FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/10/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB. SAIR DA A MAZ OCID L00166123

Assinatura: Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino

DATA 11/10/2019
DETRAN-RR

RR Nº 014246946687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

RENAVAM 00395469767 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. Nº CHASSI 9C2KD0550CR534680

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAN (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) R\$44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472615/19

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

CPF: 703.289.332-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: JENILSON PINTO ARRUDA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

JENILSON PINTO ARRUDA : 703.289.332-52

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: 30/12/2019
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724386 **Cidade:** Uiramutã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). PGS 2,45
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º QUIRODÁCTILO
DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724386

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724386

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JENILSON PINTO ARRUDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000007527-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3905 CONTA: 00007527 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Imprescritível, digna ou vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:49

Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Uiramutã (RR)

Logradouro: vicinal da água fria

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JENILSON PINTO ARRUDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Masculino

Nasc: 12/10/1991

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Pinto Duarte

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.289.332-52

RG - Carteira de Identidade: 3379698

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: Rio Amazonas

Bairro: Bela vista

Nº: 943

Telefone: (95) 9164-7828 (Celular) (95) 99118-4723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, acima informados, conduzia a motocicleta HONDA BROS NXR-150, PLACA NAT-7489, CHASSI N.º9C2KD0550CR534680, ANO 11/12, quando colidiu com a cabecelra de uma ponte de madeira na vicinal da Água Fria, no Município de Uiramutã; que, em virtude do acidente o comunicante quebrou um dedo da mão direita, três dentes e fraturou o punho da mão esquerda; que a vítima foi conduzido por terceiro ao hospital geral de Roraima. É o relato.



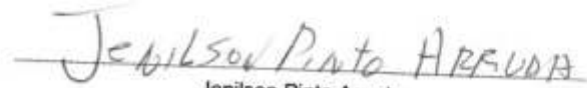
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 040818/2019-A01

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Jenilson Pinto Arruda
(Comunicante / Vítima)

"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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:49

Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Uiramutã (RR)

Logradouro: vicinal da água fria

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JENILSON PINTO ARRUDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Masculino

Nasc: 12/10/1991

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Pinto Duarte

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.289.332-52

RG - Carteira de Identidade: 3379698

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: Rio Amazonas

Bairro: Bela vista

Nº: 943

Telefone: (95) 9164-7828 (Celular) (95) 99118-4723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, acima informados, conduzia a motocicleta HONDA BROS NXR-150, PLACA NAT-7489, CHASSI N.º9C2KD0550CR534680, ANO 11/12, quando colidiu com a cabecelra de uma ponte de madeira na vicinal da Água Fria, no Município de Uiramutã; que, em virtude do acidente o comunicante quebrou um dedo da mão direita, três dentes e fraturou o punho da mão esquerda; que a vítima foi conduzido por terceiro ao hospital geral de Roraima. É o relato.



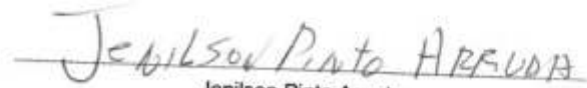
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 040818/2019-A01

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Jenilson Pinto Arruda
(Comunicante / Vítima)

"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."

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

2 - Nº do sinistro ou AT: **703-289-332-52** 3 - CPF da vítima: **703-289-332-52** 4 - Nome completo da vítima: **Levilson Pinto Arruda**

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

5 - Nome completo: **Levilson Pinto Arruda** 6 - CPF: **703.289.332-52**
7 - Profissão: **Desenvolvente** 8 - Endereço: **Rua Rio Amazonas** 9 - Número: **943** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69316-124**
15 - Telefone: **095-99119-0198** 16 - Tel (DDD): **095**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **Levilson Pinto Arruda**
18 - CPF do Representante Legal: **703.289.332-52** 19 - Profissão do Representante Legal: **Desenvolvente**
Declaram, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme representante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDAS ANUAIS DO TIPO DA RENDA: ☒ RCLUEO INDIENAR ☐ RCLUEO INDIENAR ☐ RCLUEO INDIENAR
☐ SEM RENDA ☐ RCLUEO INDIENAR ☐ RCLUEO INDIENAR ☐ RCLUEO INDIENAR

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDIENAR ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO ☐ INDIENAR ☐ INDIENAR

☒ CONTA POU-PANCA (NOME para os bancos abertos. Análise de crédito)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3905** CONTA: **00007527** 2
AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000**

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.254/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência;
• O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) 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 regras da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6º, IV, da Lei nº 5.254/74.
Declaro que esta autorização não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispuser da oportunidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONDIÇÃO DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorçado ☐ Separado ☐ Outro ☐ Não sabe
24 - Grau da Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Filha ☐ Irmão ☐ Irmã ☐ Outros ☐ Não sabe
25 - Grau da Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Filha ☐ Irmão ☐ Irmã ☐ Outros ☐ Não sabe
26 - Vítima do acidente com companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima do acidente com companheiro(a), informar o nome completo: **Levilson Pinto Arruda**
28 - Vítima do acidente com filhos: ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar: **Sim**
30 - Vítima do acidente com irmãos: ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima do acidente com irmãs: ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar: **Sim**
33 - Vítima do acidente com pais/avós: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta na época, 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 200 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a petição (a seg): **Levilson Pinto Arruda**
35 - CPF legível de quem assina a petição (a seg): **703.289.332-52**
36 - Assinatura de quem assina a petição (a seg): **Levilson Pinto Arruda**
37 - Nome legível de quem assina a petição (a seg): **Levilson Pinto Arruda**
38 - CPF legível de quem assina a petição (a seg): **703.289.332-52**
39 - Assinatura de quem assina a petição (a seg): **Levilson Pinto Arruda**

40 - Local e data: **Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (cedante): **Levilson Pinto Arruda**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Levilson Pinto Arruda**

43 - Assinatura do Procurador (se houver): **Levilson Pinto Arruda**

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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000007527-2

Nr. da Autenticação 33F8BC90A4E0F690



CNPJ: 05.938.457/0001-55
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.430-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.206-210



ATENÇÃO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 716499

Outubro/2019

Dados do Cliente:

ANTONIO MACIAR DA CUNHA ABRUDA

Endereço para entrega:

RUA RIO AMAZONAS, NUM. 00943 - BELA VISTA
A BOA VISTA RR 69316-124

Inscrição 001.025.224.0660.000 Rota 7 Seq.Rota 5752 Quantidade de Economias 1

Hidrometro NÃO MEDIDO Data de Instalação Situação Água CORTADO Situação Esgoto LIGADO

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201909 10-0
201908 10-0
201907 10-0
201906 10-0
201905 10-0
201904 10-0

MEDIA 10

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M					
INDICADOR	CLORO	TURBIDIDADE	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXIGIÇÃO	100	100	100	100	100
ANÁLISES	199	199	199	199	199
CONFORME	199	199	199	199	199

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

0,85

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

PREVENIR E A MELHOR FORMA DE SE CUIDAR!
"OUTUBRO ROSA"



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
716499	10/2019	15/11/2019	43,74

82620000000- 6 43740004001- 4 00071649901- 7 10201970003- 2



IMPRESSO EM: 07/10/2019 09:50:43

Via do Cliente

Via do CAER



CNPJ: 05.528.457/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 28.955.4
RUA NELSON JONES, 219 - SÃO PAULO - CEP: 05.308-610

0000 200 9520

Matrícula: 534633

Agosto/2019

Dados do Cliente:

IVETE GUIMARÃES COSTA

Endereço para entrega:

RUA ACRE, 569/1 - BAIRRO DOS ESTADOS BOA
VISTA RR 69385-510

Inscrição

001.008.057.0089.001

Rota

3

Seq.Rota

4358

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrometro

Y125469563

Data de instalação

31/10/2012

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 799

807

8

32

LEITURA INF.

DT. LEITURA 12/07/2019 13/08/2019

ULTIMOS CONSUMOS

201907 7-0
201906 10-0
201905 15-0
201904 14-0
201903 11-0
201902 12-0

MEDIA 11

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTALIS	E.COLI
EXISTENTES	100	100	100	100	100
ANALISADAS	200	200	200	200	200
CONFORMES	200	200	200	200	200

DESCRICAO

ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

23,83

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

0,85

VENCIMENTO:

15/09/2019

TOTAL A PAGAR

43,74

IMPRESSO EM: 13/08/2019 08:47:06

Via do Cliente

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 Para Dora Guimarães Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 762.732.616-87 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jenilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332-52 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Jenilson Pinto Arruda inscrito (a) no CPF sob o Nº 703.289.332-52 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

RG e CPF

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Aire</u>		Número <u>569</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Estadão</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.305-510</u>
Email _____		Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) _____

Boa Vista 27 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

1801164502 27/04/2019 09:07:45

FICHA DE ATENDIMENTO **TRAUMATOLOGIA** **Nº TURNO 19** **1**

Paciente: **JENILSON PINTO ARRUDA** Data Nascimento: **12/10/1981** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Ponto: **PA** Naturalidade: **SANTARÉM - PA** Nacionalidade: **BRASILEIRA**

CPF: **70328033252** CNH: **99175-6255** Ocupação: **ESTUDANTE**

Nome: **MÁRIA DA CONCEIÇÃO PINTO DUARTE** Endereço: **RUA - RIO AMAZONAS - 841 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Nº de Cartão: **12-10-1981** Validade: **27 A 11 M 9 D** Autenticação: **898004880689806** Sís. Principal: **Frontário**

Volvo de Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Caracter. de Atendimento: **URGÊNCIA** Profissão do Atend.: **PROFESSOR** Procedência: **Temp.** País: **Brasil**

Pront.: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Queixa: **DEMANDA ESPONTÂNEA** Procedimento Sol.: **Registrado por: WALDEMAR STOCKER**

Queixa Principal: **Queda de moto há 1 hora** ☒ Síndrome Febril ☐ Sintomas Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Antecedentes da Enfermagem

GGG **AD:1234 RM:12345 MR:12346** **TOTAL**

Anamnese: (HORA DA CONSULTA: **19**)

Residente próximo do Curumim. Relata queda da moto. Trauma, pela CESSU. Relata acidente há 1 hora, com politrauma em região de membros superiores. E

Exame Físico:

- PE: Membro superior direito, com coloração normal. D: Ombro 19**
- PE: Membro superior esquerdo, com coloração normal. E: Lado esquerdo em força, região do tórax,**
- PE: Membro inferior direito, com coloração normal. E: Lado direito em força, região do tórax,**
- PE: Membro inferior esquerdo, com coloração normal. E: Lado esquerdo em força, região do tórax,**

História Diagnóstica:

SABT: Exames Complementares

☒ RAO-X ☐ ULTRASON ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ DOB ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

Leito 200 21/11/19

15/10/19 15/10/19 15/10/19

Exame físico: 15/10/19

Exame físico: 15/10/19

Conduta:

☐ Alta por Jockson Médico

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revella

☐ Transferência para: **Quarto 15/10/19**

Objeto:

☐ Anamnese

☐ Observação (A 24h)

☐ Exame físico

☐ Data e Hora do Exame: **15/10/19**

Atendimento:

☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Ex. Ambulatório

Assinatura do Paciente ou Responsável **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: waldeмар stocker **Data: 15/10/2019 00:28:00**

Carimbo: 15/10/2019



Fenilson Pinto

Data 21/07/19 às 10:00

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fx. exposta 5º dedo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TTO Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

I

INDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Osteomielite

CIRURGIÃO:

Dr. Roberto R3

1º AUXILIAR:

Dr. Pedro R1

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Lavagem em DDI sob anestesia
- 2 - Antepsia + antiseptia + colocação de curativo estéril
- 3 - LMC extensiva com 5L de Sol 0,9%
- 4 - Fixação do foc. de fratura em poliarco metálico de 35° Guinobachto direito com fio de Kirschner 2,5mm
- 5 - Tenorrafia da lesão em 3º Guinobachto direito
- 6 - Sutura + curativo
- 7 - LPA

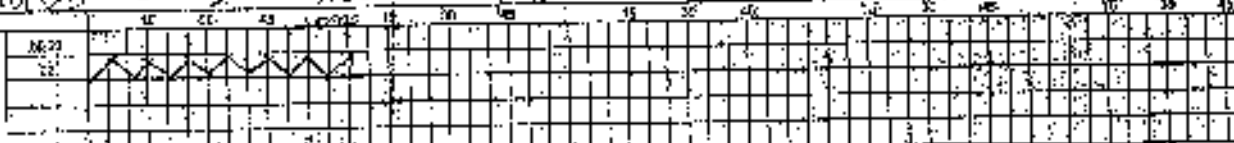
Roberto R3
 21/07/2019

Dr. Pedro de S. Faria
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 21/07/2019

GOVERNO DO ESTADO DE AGUARIÁ
"Aumentando o Trabalho e o Bem-Estar"
Jardim Pinta Amarela 27a Pz 2a Colônia
ME. RUA DO COMÉRCIO - JARDIM PINTA AMARELA - 10000 - BRASIL
0113-100-44

Box 100, 100
25108139

5110-100-8
 5110-500-8
 5110-1000-8
 5110-2000-8
 5110-3000-8
 5110-4000-8
 5110-5000-8
 5110-6000-8
 5110-7000-8
 5110-8000-8
 5110-9000-8
 5110-10000-8
 5110-11000-8
 5110-12000-8
 5110-13000-8
 5110-14000-8
 5110-15000-8
 5110-16000-8
 5110-17000-8
 5110-18000-8
 5110-19000-8
 5110-20000-8
 5110-21000-8
 5110-22000-8
 5110-23000-8
 5110-24000-8
 5110-25000-8
 5110-26000-8
 5110-27000-8
 5110-28000-8
 5110-29000-8
 5110-30000-8
 5110-31000-8
 5110-32000-8
 5110-33000-8
 5110-34000-8
 5110-35000-8
 5110-36000-8
 5110-37000-8
 5110-38000-8
 5110-39000-8
 5110-40000-8
 5110-41000-8
 5110-42000-8
 5110-43000-8
 5110-44000-8
 5110-45000-8
 5110-46000-8
 5110-47000-8
 5110-48000-8
 5110-49000-8
 5110-50000-8
 5110-51000-8
 5110-52000-8
 5110-53000-8
 5110-54000-8
 5110-55000-8
 5110-56000-8
 5110-57000-8
 5110-58000-8
 5110-59000-8
 5110-60000-8
 5110-61000-8
 5110-62000-8
 5110-63000-8
 5110-64000-8
 5110-65000-8
 5110-66000-8
 5110-67000-8
 5110-68000-8
 5110-69000-8
 5110-70000-8
 5110-71000-8
 5110-72000-8
 5110-73000-8
 5110-74000-8
 5110-75000-8
 5110-76000-8
 5110-77000-8
 5110-78000-8
 5110-79000-8
 5110-80000-8
 5110-81000-8
 5110-82000-8
 5110-83000-8
 5110-84000-8
 5110-85000-8
 5110-86000-8
 5110-87000-8
 5110-88000-8
 5110-89000-8
 5110-90000-8
 5110-91000-8
 5110-92000-8
 5110-93000-8
 5110-94000-8
 5110-95000-8
 5110-96000-8
 5110-97000-8
 5110-98000-8
 5110-99000-8
 5110-100000-8
 5110-101000-8
 5110-102000-8
 5110-103000-8
 5110-104000-8
 5110-105000-8
 5110-106000-8
 5110-107000-8
 5110-108000-8
 5110-109000-8
 5110-110000-8
 5110-111000-8
 5110-112000-8
 5110-113000-8
 5110-114000-8
 5110-115000-8
 5110-116000-8
 5110-117000-8
 5110-118000-8
 5110-119000-8
 5110-120000-8
 5110-121000-8
 5110-122000-8
 5110-123000-8
 5110-124000-8
 5110-125000-8
 5110-126000-8
 5110-127000-8
 5110-128000-8
 5110-129000-8
 5110-130000-8
 5110-131000-8
 5110-132000-8
 5110-133000-8
 5110-134000-8
 5110-135000-8
 5110-136000-8
 5110-137000-8
 5110-138000-8
 5110-139000-8
 5110-140000-8
 5110-141000-8
 5110-142000-8
 5110-143000-8
 5110-144000-8
 5110-145000-8
 5110-146000-8
 5110-147000-8
 5110-148000-8
 5110-149000-8
 5110-150000-8
 5110-151000-8
 5110-152000-8
 5110-153000-8
 5110-154000-8
 5110-155000-8
 5110-156000-8
 5110-157000-8
 5110-158000-8
 5110-159000-8
 5110-160000-8
 5110-161000-8
 5110-162000-8
 5110-163000-8
 5110-164000-8
 5110-165000-8
 5110-166000-8
 5110-167000-8
 5110-168000-8
 5110-169000-8
 5110-170000-8
 5110-171000-8
 5110-172000-8
 5110-173000-8
 5110-174000-8
 5110-175000-8
 5110-176000-8
 5110-177000-8
 5110-178000-8
 5110-179000-8
 5110-180000-8
 5110-181000-8
 5110-182000-8
 5110-183000-8
 5110-184000-8
 5110-185000-8
 5110-186000-8
 5110-187000-8
 5110-188000-8
 5110-189000-8
 5110-190000-8
 5110-191000-8
 5110-192000-8
 5110-193000-8
 5110-194000-8
 5110-195000-8
 5110-196000-8
 5110-197000-8
 5110-198000-8
 5110-199000-8
 5110-200000-8
 5110-201000-8
 5110-202000-8
 5110-203000-8
 5110-204000-8
 5110-205000-8
 5110-206000-8
 5110-207000-8
 5110-208000-8
 5110-209000-8
 5110-210000-8
 5110-211000-8
 5110-212000-8
 5110-213000-8
 5110-214000-8
 5110-215000-8
 5110-216000-8
 5110-217000-8
 5110-218000-8
 5110-219000-8
 5110-220000-8
 5110-221000-8
 5110-222000-8
 5110-223000-8
 5110-224000-8
 5110-225000-8
 5110-226000-8
 5110-227000-8
 5110-228000-8
 5110-229000-8
 5110-230000-8
 5110-231000-8
 5110-232000

[illegible]

8000ms

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

[illegible]

Res. Emotional R.
Rev. Emerson R.

② Impatiens & Sp. Ardisia genus
Staphylinus
③ Aptinaxa cyt
④ Ortho rubra 107 cyt

Michael M. Moura
M.D., FRCR, FRCR, FRCR
CRM-RA 1106

SUS



Protocolo
00175760

Data Internação
2.10.19

Data da Carta
3.10.19

2º AIT
Edilson

Vinhetos da AIT

141950000532-0

Internação

404

4

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIT

Nome do Paciente		CPF	
QUINTIN REEDIL DE RORAIMA - HGR		2319859	
Nome do Pai/mãe		Data de Nascimento	
JENNISON PINTO ARRUDA		12/10/1991	
Sexo		1 - Masculino	
Cor		PARDA	
Data de Nascimento		Nacionalidade	
12/10/1991		BRASILEIRA	
Nome da Mãe		Telefone para Contato	
MARIA DE CONCEICAO PINTO DUAR		(95) 99175-6255	
Endereço do Paciente		Número	
JENNISON PINTO ARRUDA		Edição	
RUA RORAIMA ZONAS		DELA VISTA	
Código do IBGE		UF	
140610		RR	
CEP		CPF	
69.316-124		69.316-124	

Unidade de Internação		Médico Solicitante		Cartão SUS	
Médico Sol - CRM		Edilson		0	
1333		Procedimento Principal		Esp	
0.408020407		C. Int.		CID 9	
02		525		V299	
CID 10		CID 11		MSE	
1		1		1	
Razão para Internar		Razão para Alta		Razão para Transferência	
Razão para Internar		Razão para Alta		Razão para Transferência	

Ordem	Atendimento	Cod Ope	OFF/ONP	CRM	PRO	QNT	OUT
01	1			1205		1	
02	1			1333		1	
03	1			693		1	
04	1			1969		1	
05	1			69389		1	
06							
07							
08							
09							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Assinatura do Médico		Data Autorização		CPF Autorização		CNS Autorização	
Rogério Antônio de Carvalho		2/10/19		768.264.730-16		898 0007 5018 1917	
Assinatura do Auditor		Data Anulação		CPF Auditor		CNS Auditor	

Alba: 03/10/99

 SUS	Estado União de São Paulo	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--	---------------------------------	---------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	BLOCO D	1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CATEGORIA
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		3 - CATEGORIA	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	16 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
1 - NOME DO PACIENTE	17 - SEXO
2 - DATA DE NASCIMENTO	18 - SEXO
3 - NOME DO RESPONSÁVEL	19 - ENDEREÇO DE CONTATO
4 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	20 - CIDADE
5 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	21 - ESTADO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
paciente com Ex. Exposita de falange média de 3º dedo do 1º Direito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
ITO Unipolo + AIB

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS	
Artrorress + Ex. Falange + R-X	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	21 - DATA DO DIAGNÓSTICO
Ex. Exposita 3º dedo	3º dedo

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Ortopedia	24 - NÚMERO DO DOCUMENTO
25 - NOME DO RESPONSÁVEL	26 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	28 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
29 - DATA DO ACIDENTE	30 - NÚMERO DO ACIDENTE	31 - NOME DO ACIDENTE	32 - SEXO
33 - ALUNO DE TRABALHO	34 - NOME DO EMPREGADOR	35 - NOME DA EMPRESA	36 - CIDADE
37 - ACIDENTE DE TRABALHO	38 - NOME DO ACIDENTE	39 - NOME DO ACIDENTE	40 - NOME DO ACIDENTE
41 - NOME DO ACIDENTE	42 - NOME DO ACIDENTE	43 - NOME DO ACIDENTE	44 - NOME DO ACIDENTE

AUTORIZAÇÃO	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	52 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

040800347
5626
1799

ate 7.10



GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Wilson Kinto Almeida APT OU LEITO: 27a Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 21/09/19

CIRURGIA: TIPO: TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: 09:35 FIM: 10:22 TEMPO TOTAL:

ENFERMEIRO: Fabio EQUIPE MÉDICA: ANESTESISTA: Wickel RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR:

AUXILIAR: Pedro CIRCULANTE: Elizângela Maria Raimunda TEMPO DE DURAÇÃO: 00 DE ANESTESIA: APD

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTE COMPRESSAS C/ 02 UNID.		☒	FRASCOS SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS SORO GLUCOSADO	
☒	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VECRYL Nº	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 4.0 / 3.0 -	
☒	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDEMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☒	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☒	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☒	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☒	SERINGA 01ML		☒	180ml ANTIBIÓTICO PUST 100mg	
☒	SERINGA 03ML		☒	280ml ANTIBIÓTICO 100mg 100mg	
☒	SERINGA 05 ML		☒	1.2g ANTIBIÓTICO 100mg 100mg	
☒	SERINGA 10ML		☒	1.2g ANTIBIÓTICO 100mg 100mg	
☒	SERINGA 20ML		☒	1.2g ANTIBIÓTICO 100mg 100mg	
☒	<u>Elipsoz</u>		☒	<u>OUTROS: Adrenar. 15cm</u>	
☒	<u>Cateter de O₂</u>		☒	<u>100ml Alcool 70%</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS: DEIXAR NA CC DO PACIENTE VALOR:

INSTRUMENTADOR(A)	PRIMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SOMA TOTAL
<u>Elizângela Maria Raimunda</u>	<u>Wilson Kinto Almeida</u>	TAXA DE SALA	
INSTRUMENTADOR(A)	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA
		FOME EST. FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Data: 28 / 09 / 2019

.....

Atestado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - ANQSP/HGR em 05/2019



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

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DM	
PACIENTE		Fm. 14/10/2014			
AGNOSTIC		Fm. 14/10/2014			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 8/8H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSV + CCGG 8/8H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

HISTÓRICO DO PACIENTE: DOBADO NO SEIO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FÚRNICO,
 NORMOCEDRADO, HIBRATADO.
 # SOLICITADO: RX: II CONDUTA: MANEJO
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Pedro de S. Fausto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 08/10/2014

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Admissional ao 11:35h do C.C.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Genilson Panto Amado

Leito: 03

Data: 24/09/18

Localização



Região: Membros

Crân: () 11/12



Região: Cabeça

Crân: () 11/12

Etiologia

() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tórax Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tórax Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do

Leito
() Necrose: Amarela/Negra () Escalo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenó/ Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Negra () Escalo () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenó/ Sonda () Outros

Pelo Profissional

() Normal () Macerado () Seca () Eritema/ Rubor
() Outro:

() Normal () Macerado () Seca () Eritema/ Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () 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 () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Truca

() 12/12 () Diário () 48/48h

() 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Valderson da Silva Moraes
Técnico de Enfermagem
COHEN EN 381192-11

Silva Moraes
Técnico de Enfermagem
COHEN EN 381192-11

Observações:

Procedido Curativo em 24/09/18
Paciente em boas condições
Paciente em boas condições



GOVERNADOR DO ESTADO
Roraima

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

HGR



DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019		DN		12/10/1991	
PACIENTE		JENILSON PINTO ARRUDA							
DIAGNÓSTICO		FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		27		LEITO		MACA 3		DATA	
ITEM								HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE						SND	
2		AVP						SND	
3		CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H						SND	
4		CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO						SND	
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N						SND	
6		OMEPRÁZOL 40MG EV 1 X AO DIA						SND	
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						SND	
8		TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						SND	
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						SND	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SND	
11		CURATIVO DIÁRIO						SND	
12		SSVV + CCGG 6/6H						SND	
13									
14									
15									
16									
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, AUMENTANDO, SFM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRIGO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	DE FICIT DE FUNCIONAR		
18 H	121/68	78	18
24 H	155/96	63	18

Dr. Odinechi Okemini
Médico
CRM/R 1251

183/90 63 36,7°C

maca 3

maca 3

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborado: 02/2013	Atualizado: 12/2018
HGR	Paciente: <u>Yenilapen Pinto Juanda</u>	Leito: <u>10913</u>	Data: <u>10/01/19</u>	

Localização	 	Região: <u>Péto</u> Grau: I () II (X)	 	Região: <u>MI E</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	☒ LPP III/IV ? ☒ Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> ☐ Outros:	☐ LPP III/IV ? ☒ Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: <u>Gravidade</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> ☐ Outros:	☐ LPP III/IV ? ☒ Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: <u>Gravidade</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> ☐ Outros:	☐ LPP III/IV ? ☒ Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: <u>Gravidade</u> <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> ☐ Outros:
Aparência do Leito	☐ Necrose Amarela/Negra () Estocolo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida Fechada () Drenos/ Sonda () Outros:	☐ Necrose Amarela/Negra () Estocolo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida Fechada () Drenos/ Sonda () Outros:	☐ Necrose Amarela/Negra () Estocolo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida Fechada () Drenos/ Sonda () Outros:	☐ Necrose Amarela/Negra () Estocolo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida Fechada () Drenos/ Sonda () Outros:
Pele Periférica	☒ Normal () Malcheado () Seca () Eritema/ Rubor ☐ Gume:	☒ Normal () Malcheado () Seca () Eritema/ Rubor ☐ Gume:	☒ Normal () Malcheado () Seca () Eritema/ Rubor ☐ Gume:	☒ Normal () Malcheado () Seca () Eritema/ Rubor ☐ Gume:
Tipo de Exsudato	☐ Puro Soro () Sangüinolento () Serosangüíneo () Seco ☐ Outros:	☐ Puro Soro () Sangüinolento () Serosangüíneo () Seco ☐ Outros:	☐ Puro Soro () Sangüinolento () Serosangüíneo () Seco ☐ Outros:	☐ Puro Soro () Sangüinolento () Serosangüíneo () Seco ☐ Outros:
Quantidade de Exsudato	☒ Menor () Único () Seco	☐ Menor () Único () Seco	☐ Menor () Único () Seco	☐ Menor () Único () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:	☐ Soro Fisiológico 0,9% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:
Cobertura Plástica	☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:	☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:	☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:	☐ Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrocol ☐ Outros:
Local	() 12/12	(X) Único	() 48/48h	() 12/12
Profissional que realizou procedimento:	<u>Neuza de Jesus N. Viana</u> Enfermeira CRM: 141.741	<u>Neuza de Jesus N. Viana</u> Enfermeira CRM: 141.741	<u>Neuza de Jesus N. Viana</u> Enfermeira CRM: 141.741	<u>Neuza de Jesus N. Viana</u> Enfermeira CRM: 141.741
Observações:				

Maai 3

[illegible]



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

HGR

MACA 3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA		
AGNOSTIC FX EXPOSTA 3RO QRD MAO D		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE 21	LEITO MACA 3	DATA 23/09/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	500
2	AVP	1000/1000
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
5	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DU 1CP 50MG VO DE 8/8H	Reito
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H	2 Litro
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	150
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 8/6 H	
12	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12 H	
13	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	
14		
15		
16		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

OB: D PA: 110/70 PS: 80 TP: 36

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	109/77	85	19	36.4
18 H	122/80	78	18	35.5
24 H	130/67	79	+	35.3

Dr. Jairo de Aguiar Aguiar
CRM 566

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Ferimentos em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

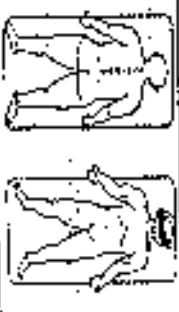
Amilisen Pinto Amadea

Leito:

03

Data: 28/09/19

Localização



Região:

Coxa

Grau: I () II (X)



Região:

M.S.D

Grau: I () II (X)

Fisiologia

☐ I.P.P I II III IV V
☒ Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
☐ Outro:

☐ I.P.P I II III IV V
☒ Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
☐ Outro:

Aparência do

Leito

☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfaco ☒ Granulação () Epitelização
☐ Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
☐ Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
☐ Outro: Edematizado

☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfaco ☒ Granulação () Epitelização
☐ Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
☒ Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor
☐ Outro:

Pele Periférica

Tipo de Exsudato

☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Seco
☐ Outro:

☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Seco
☐ Outro:

Quantidade de Exsudato

☐ Molhado
☒ Úmido
☐ Seco

☐ Molhado
☐ Úmido
☐ Seco

Solução de Limpeza

Cobertura primária

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%
☐ Gaze () Colapase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
☒ Outros: A.G.E

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%
☐ Gaze () Colapase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
☐ Outros:

Técnica

Profissional que realizou

Procedimento

Observações:

Realizado por: Amilisen Pinto Amadea
 Colapase/Fibrinase

Realizado por: Amilisen Pinto Amadea
 Colapase/Fibrinase

Realizado por: Amilisen Pinto Amadea
 Colapase/Fibrinase

Realizado por: Amilisen Pinto Amadea
 Colapase/Fibrinase

Realizado por: Amilisen Pinto Amadea
 Colapase/Fibrinase

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:		Data:		Enfermeiro:		Teller:			
Nome Completo:				Dia: / /		Sexo:		Idade: / /	
História Digestiva:									
Regime alimentar (Prescrição):		1. Sólido		2. Líquido		3. Pastoso		4. Sólido - pastoso	
Necessidade de intubação:		1. Sim		2. Não		Qualidade:			
Poss. de alimentação:		1. Sim		2. Não		Dificuldade:			
Sintomatologia:		1. Normal		2. Sem desconforto		3. Anorexia		4. Cadeira de rodas	
1. Desconforto		2. Orientado		3. Desorientado		4. Normotensão		5. Hipotensão	
1. Sedado		2. Torção		3. Cefaleia		4. Normotensão		5. Hipertensão	
1. Agitado		2. Ingestão enteral		3. Não reage		4. Normal		5. Anorexia	
SISTEMA NEUROLÓGICO					SISTEMA CARDIOVASCULAR				
1. Desconforto		2. Orientado		3. Desorientado		4. Normotensão		5. Hipotensão	
1. Sedado		2. Torção		3. Cefaleia		4. Normotensão		5. Hipertensão	
1. Agitado		2. Ingestão enteral		3. Não reage		4. Normal		5. Anorexia	
PUPILAS					ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL				
1. Pupilas		2. Músculos		3. Não reage		4. Normotensão		5. Hipotensão	
1. Pupilas		2. Músculos		3. Não reage		4. Normotensão		5. Hipotensão	
REGULAÇÃO TÉRMICA					REGULAÇÃO ADDOMINAL				
1. Normal		2. Hipotermia		3. Hipertermia		4. Normal		5. Hipertensão	
1. Normal		2. Hipotermia		3. Hipertermia		4. Normal		5. Hipertensão	
1. Normal		2. Hipotermia		3. Hipertermia		4. Normal		5. Hipertensão	
CARACTERÍSTICAS DA PELE					SISTEMA URINÁRIO / DIURESE				
1. Hidratada		2. Desidratada		3. Ressecada		4. Espontânea		5. SVP	
1. Hidratada		2. Desidratada		3. Ressecada		4. Espontânea		5. SVP	
1. Hidratada		2. Desidratada		3. Ressecada		4. Espontânea		5. SVP	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					CONTROLE DE CATHETERS/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES				
1. Espontânea		2. SVP		3. Anorexia		4. Normotensão		5. Hipotensão	
1. Espontânea		2. SVP		3. Anorexia		4. Normotensão		5. Hipotensão	
1. Espontânea		2. SVP		3. Anorexia		4. Normotensão		5. Hipotensão	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					ESCALA DE MORSE				
1. Risco de infecção		2. Risco de queda		3. Risco de broncoaspiração		4. Risco de desidratação		5. Risco de constipação	
1. Risco de infecção		2. Risco de queda		3. Risco de broncoaspiração		4. Risco de desidratação		5. Risco de constipação	
1. Risco de infecção		2. Risco de queda		3. Risco de broncoaspiração		4. Risco de desidratação		5. Risco de constipação	
TOTAL: Risco de Queda 0-24					Risco de Queda 25-44				
Prescrição para prevenção de queda no varão					Prescrição para prevenção de queda no varão				



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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

HGR
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA					
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO					
ALERGIAS					
IDADE	27	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	MACA 3	DATA	24/09/2019
1	DIFTA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H				
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H 5/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H 5/N				
8	TRAMAL 100MG + SPK 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS 5/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	18.1/64	56 bpm	18 mmHg	35.8°C
18 H	98/64	67	18	36.4°C
24 H				

Dr. Osmar Chaves
Médico Roraimense
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 155102

MACA 3

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborador: 02/2013

Atualizada: 12/2018

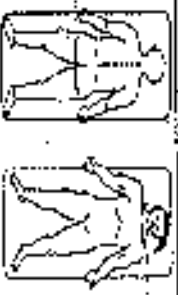
Paciente:

Jackson Pinto

Leitor: S

Data: 24/10/2014

Localização



Região: calcanhar lateral



Região:

Grau: I () II () III ()

Etiologia

- () PP I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vasculopatia () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia () Outro:

- () PP I II III IV V () Queimadura () Cirurgia () DM () Vasculopatia () 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 Periférica

- () Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor () Outro:

- () Normal () Macerado () Seco () Eritema / Rubor () Outro:

Tipo de Exsudato

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

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

Quantidade de Exsudato

- () Molhado () Úmido () Seco

- () Molhado () Úmido () Seco

Solução de limpeza

- () Solução fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Água

- () Solução fisiológica 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Água

Cobertura primária

- () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:

- () Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:

Troca

- () 12/12 () Diário () 48/48

- () 12/12 () Diário () 48/48

Profissional que realizou procedimento:

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Assinatura do Profissional

Observações:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HIGR

Paciente:

Demulson Pinto Amado

Leito:

3

Data: 24/04/19

Localização		Região: <u>MSD</u>		Região: <u>MLE</u>
Etiologia	() L.P.P. I II III IV 2ºs () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grav: 1 () II (X)	() L.P.P. I II III IV 2ºs () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grav: 1 () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarelada/Negra () Estase () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Drenos/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () Seca () Fritima / Rulbor () Outro:	() Necrose: Amarelada/Negra () Estase () Granulação (X) Epitelização (X) Ferida Fechada () Drenos/Sonda () Outros	() Normal () Macerado () Seca () Fritima / Rulbor () Outro:
Polo Perifoneal	() Normal () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguineo () Seco () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Fritima / Rulbor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Fritima / Rulbor () Outro:	() Normal () Macerado () Seca () Fritima / Rulbor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Puntado () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguineo () Seco () Outro:	() Puntado () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguineo () Seco () Outro:	() Puntado () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguineo () Seco () Outro:	() Puntado () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguineo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado (X) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% (X) Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% (X) Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% (X) Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Cobertura primária	() Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colapase/Eftonase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Procedimento	() 12/12 (X) 12/12 () 18/18h	() 12/12 (X) 12/12 () 18/18h	() 12/12 (X) 12/12 () 18/18h	() 12/12 (X) 12/12 () 18/18h
Observações	Renata Silva Rodrigues COORDENADORA HIGR	Renata Silva Rodrigues COORDENADORA HIGR	Renata Silva Rodrigues COORDENADORA HIGR	Renata Silva Rodrigues COORDENADORA HIGR

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco: <u>D</u>		Data: <u>24-09-19</u>		Enfermeiro:		Leito: <u>MACA-3</u>			
Nome Completo: <u>Thailson P. Almeida</u>		GR: <u>1</u>		Sexo: <u>M</u>		Idade: <u>18</u>			
Hipótese Diagnóstica:									
Involuntário da Preservação:		☐ Sim ☒ Não		Padrão:		☐ Contato ☐ Guberna - subscutâneo ☐ Guberna - percutâneo			
Alimentação:		☐ Sim ☒ Não		Qual idioma:					
Necessidade de intérprete:		☐ Sim ☒ Não							
Possibilidade de alimentação:		☐ Sim ☒ Não		Rhs					
Circulação:		☐ Normal ☒ Sem circulação ☐ Acumulado		Cadeia de radas:		☐ Fino ☒ Comprometida/camisa curta			
SISTEMA NEUROLÓGICO					SISTEMA CARDIOVASCULAR				
☒ Consciente		☒ Orientado		☐ Desorientado		☒ Normotônico		☐ Bradicárdico	
☐ Semide		☐ Tápida		☐ Camarado		☒ Normotensão		☐ Hipotensão	
☐ Agrade		☐ Resposta atípica		☐ Não respo		☒ Pulso cheio		☐ Filiforme	
PUPILAS					ALIMENTAÇÃO / SISTEMA GASTROINTESTINAL				
☒ Isocópias		☐ Mióticas		☐ Mióticas		☒ SNG/SOG		☐ SAE/OF	
☒ Anisocópias		☐ Anisocópias		☐ Não reagentes		☒ Aceleração de evac.		☐ Não (Parcial)	
REGULAÇÃO TÉRMICA					Evacuações:				
☒ Febre		☐ Hipotermia		☐ Hipotermia		☐ Normal		☒ Diarreia	
☐ Febre		☐ Febre		☐ Febre		☒ Normal		☒ Constipação	
CARACTERÍSTICAS DA PELE					REGULAÇÃO ADRENAL				
☒ Seca		☐ Úlceras		☐ Ressecada		☒ Normotérmico		☐ Distúrbio	
☒ Edemato		☐ Edemato		☐ Edemato		☐ Normotérmico		☐ Normotérmico	
☒ Eritematoso		☐ Eritematoso		☐ Eritematoso		☒ Normotérmico		☐ Normotérmico	
☒ Anictérico		☐ Anictérico		☐ Anictérico		☐ Normotérmico		☐ Normotérmico	
☒ Cianótico		☐ Cianótico		☐ Cianótico		☐ Normotérmico		☐ Normotérmico	
☐ Úlceras por pressão		☐ Úlceras por pressão		☐ Úlceras por pressão		☐ Normotérmico		☐ Normotérmico	
☐ Rigidez		☐ Rigidez		☐ Rigidez		☐ Normotérmico		☐ Normotérmico	
☐ Curvas anormais		☐ Curvas anormais		☐ Curvas anormais		☐ Normotérmico		☐ Normotérmico	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					SISTEMA URGÊNTO / DIURÉTICO				
☒ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☒ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais		☐ Espirais	
☐ Espirais									



CRANIOEQUIPOTENCIAL
Hospital de Referência Regional

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MACA 3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE	JENILSON PINTO ARRUDA					
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO					
ALERGIAS			HAS		DM2	
IDADE	27	LEITO	MACA 3	DATA	25/09/2019	
ITEM						HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					S/D
2	AVP					AVP
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H					12/12H
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H OU VO					6/6H
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N					6/6H
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					8/8H
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12	SSVV + CCGG 6/6H					SSVV
13						
14						
15						
16						
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/70	62	18	36,2
18 H	141/57	68	-	35,8°C
24 H	143/50	76	-	36,5°C

Dr. Guilherme Okamoto
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 164112

06 102 x 58 55 - 35,8

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Yamilton Pinto Amada

Leito:

03

Data: 25/09/19

Localização



Região: lombos

Grav: I () II (X)

Fisiologia

() I () II () III () IV () V () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular
(X) Trauma Tração Fixador Externo () Jorjexela
() Outro:



Região: M.I.E

Grav: I () II (X)

Aparência do Leito

() Necrose Amarelada/Negra () Escurelo (X) Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
(X) Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

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

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

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

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () HidroGel
(X) Outro: A.G.E.

Troca

() 12/12 (X) Diário () 4x/48h

Profissional que realizou procedimento:

Yamilton Pinto Amada
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada
Coordenador de Enfermagem

Observações:

Yamilton Pinto Amada
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada
Coordenador de Enfermagem

Yamilton Pinto Amada
Coordenador de Enfermagem



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

Data: ____/____/20____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome Completo: _____ DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Prevalência: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - corpo () Gotícula - periferia
 Alerta: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M
 Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Interpretar? () Sim () Não Qual idioma: _____
 Possui comorbidade: () Sim () Não Obs: _____
 Circulação: () Normal () Acamado () Espinha de cordeiro () Comprometida

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:
SISTEMA NEUROLÓGICO

PUPILAS
 () Fotomimetismo () Mioticas () Miotas () Aférril () Alterações:
 () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes () Febre () Hipotermia

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar anêmico () Traqueostomia () Aspiração
SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotensão () Distendido () Gêlido
 () Pulse cheio () Filiforme () Arritmico () Ruídos hidroacústicos () Presença () Ausente
SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Espontâneo () SVD () Fração () Ureter () JVO () SNG/SOG () SVE/SOC () SIT
 () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Alterações: () Presente () Ausente () Ausente
SISTEMA URINÁRIO / DIÁRISE

() Hidratada () Desidratada () Reumada () CARACTERÍSTICAS DA PÊLE
 () Normocrada () Violéica () Anistérica () Local () Edema Local
 Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____
 Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
 Sinal de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Aspecto da secreção: _____ Trocar em: _____
 Dureza: _____ Quantidade: _____
 Curativos: () Sim () Não Local: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRÊNS
 Risco de Infecção Sinalizado: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

☐ Deglutição prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do 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 na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Deficiência no autocuidado para higiene	☐ 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	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Para Quedas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	() Manter grades laterais elevadas
Sim	25 Supracapacidade/esquece limitações	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Auxiliar o paciente na higiene
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	() Manter cama com rodízios travados
3. Terapia Endovenosa/dispositivo inserido	Risco Alto: Maior que 45	() Necessidade de contenção ao leito
Não		() Manter vigilância de ____ / ____ horas
Sim		() Colocar sapatos no pé
4. Auxílio na Desambulação	Sinalização de Risco:	() Motivar o uso pessoal ao alcançar o meio
Não/Acamado/Auxiliado	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
Alto/Baixa/Andador	() Risco registrado na placa de identificação leito	
Mobilidade Parcial	Registro Geral:	
5. Marcha/Desambulação		
Não/Acamado/Auxiliado		
Alto		
6. Comorbidade/Comorbidade		
Alto		
20		

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



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

HGR

MACA
3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA					
DIAGNOSTICO FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		MACA03		26/09/2019	
1	DICTA ORAL ZERO	HORARIO			
2	AVP	5:00			
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	MANHA			
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	TARDE			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N	NITE			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA	CONT			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SF DOR IN				
9	5-METILCONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU			
11	CURATIVO DIÁRIO	M			
12	SSVV + CCGG 6/6H	SSV			
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFIRME ESQUI-MA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUZA MANTIDA

SINAIS VITAIS:

PA	FC	FR	PR
6H			
12H			
18H	70	19	36,5
24H	84	19	36,1

22 h. PA = 118/64 P = 82 T = 36,5

6.00 RA: 107/67 T: 36,2 RR: 19 FC: 75

336. Rubendo medicado
do ateno 6 no momento
mas tem na farmácia.

Procedimento
Técnica de Enfermagem
CORUM 451.810-72

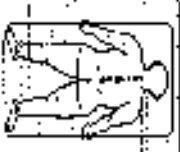
as 13h a gta adm
medicação de horário
f: SSVV
Ana Maria S. Almeida
Auxiliar de Enfermagem
CORE-RR 000.477.814

Atualizada em 12/2018

Paciente: Johnson, E. C.

Leito: A1 3

Data: 3/25/29 1/10

Localização	 	Região: <u>MI, MSD, Caudal</u>	 	Região: _____
Fisiologia	☐ PP I II III IV 2º ☒ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tracão Fixador Externo ☐ Jactura ☒ Outro: <u>Infecção</u>	☒ Gran: I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ VI ☐ VII ☐ VIII ☐ IX ☐ X ☐ XI ☐ XII ☐ XIII ☐ XIV ☐ XV ☐ XVI ☐ XVII ☐ XVIII ☐ XIX ☐ XX ☐ XXI ☐ XXII ☐ XXIII ☐ XXIV ☐ XXV ☐ XXVI ☐ XXVII ☐ XXVIII ☐ XXIX ☐ XXX ☐ XXXI ☐ XXXII ☐ XXXIII ☐ XXXIV ☐ XXXV ☐ XXXVI ☐ XXXVII ☐ XXXVIII ☐ XXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐ LIX ☐ LX ☐ LXI ☐ LXII ☐ LXIII ☐ LXIV ☐ LXV ☐ LXVI ☐ LXVII ☐ LXVIII ☐ LXIX ☐ LXX ☐ LXXI ☐ LXXII ☐ LXXIII ☐ LXXIV ☐ LXXV ☐ LXXVI ☐ LXXVII ☐ LXXVIII ☐ LXXIX ☐ LXXX ☐ LXXXI ☐ LXXXII ☐ LXXXIII ☐ LXXXIV ☐ LXXXV ☐ LXXXVI ☐ LXXXVII ☐ LXXXVIII ☐ LXXXIX ☐ XL ☐ XLI ☐ XLII ☐ XLIII ☐ XLIV ☐ XLV ☐ XLVI ☐ XLVII ☐ XLVIII ☐ XLIX ☐ L ☐ LI ☐ LII ☐ LIII ☐ LIV ☐ LV ☐ LVI ☐ LVII ☐ LVIII ☐		



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

Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____				DN: ____/____/____	
História Diagnóstica:					
Precaução: () Sim () Não () Pad. Su () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos					
Alergia: () Sim () Não Qual (s): _____ Sexo: () F () M					
Paciente Indigente: () Não () Sim Necessidade de Interprete? () Sim () Não Qual idioma: _____					
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____					
Deambulação: () Normal () Alterada () Corredor de rodas () Comorbidade: _____					
SISTEMA NEUROLÓGICO					
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Responde () Alterações: _____					
PUPILAS			REGULAÇÃO TÉRMICA		
() Esféricas () Mioticas () Miotéticas () Aférril () Febril () Hipertérmica			() Isotéricas () Anisocóricas () Não reagentes () Alterações: _____		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eufônica () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ambiente () Trípneustomia () Aspiração					
() Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____					
SISTEMA CARDIOVASCULAR			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Normotênico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotensão () Distendido () Gástrico			() Pulsos fortes () Filiformes () Arritmico () Ruidos hidroacústicos () Presente () Ausente		
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____			Alterações: _____		
SISTEMA URINÁRIO / MUSESE			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Espontânea () SVD () Falsa () Urge () VD () SSV/SOS () SSV/SOS () 14-T			() Aceleração da dieta: () Sim () Não () Parcel		
() Anúria () Oligúria () Clotostomia			() Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Irrigação contínua () Outros: _____			() Alterações: _____		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Edema Local: _____		
() Hipertrófica () Descolorida () Rujada () Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			() Presente () Ausente		
() Normotrofica () Ictérica () Albitérica			Risco de Lesão Sinalizado: _____		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS					
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____		Trocar em: _____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____		Trocar em: _____	
Sinal de infecção no sítio da punção: () Sim () Não		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Dreno de: _____		Local: _____			
Curativos: () Sim () Não					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
() Depleção de líquidos		() Padrão respiratório inadequado		() Risco de Lesão por Pressão	
() Risco de Infecção		() Ventilação espontânea prejudicada		() Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada		() Mobilidade física prejudicada		() Risco de Broncoaspiração	
() Risco de sistema imunitário		() Risco de integridade da pele prejudicada		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume		() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		() Risco de constipação	
() Volume de fluidos excessivo		() Padrão de sono prejudicado		() Comunicação deficiente	
() Volume de líquidos deficiente		() Déficit na habilidade para Higiene			
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental		Prevenção de Quedas	
NÃO		0 Orientado/limitado/conhece as limitações		() Manter grades laterais elevadas	
SIM		25 Superadora capacidade/Exercite limitação		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
3. Diagnóstico secundário		TOTAL: _____		() Auxiliar o paciente na higiene	
2. Risco de Queda		Risco Baixo: 0 - 24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair do cama	
SIM		Risco Médio: 25 - 44		() Manter cama com rodas travadas	
3. Telexe Linderoze/dispositivo saliente		Risco Alto: Maior que 45		() Necessidade de contenção de laço	
NÃO		5. Sinalização do Risco		() Manter vigilância de ____ / ____ horas	
SIM		() Risco sinalizado no quadro de posu/enfermagem		() Calçado seguro nos pés	
4. Apoio na Desambulação		() Risco registrado na placa de identificação leita		() Material de uso pessoal ao alcance de mão	
Perigoso/Acomodado/Auxiliado					
Muleta/Bengala/Andador					
Mobilidade Parcial					
5. Marcha/Desambulação					
Normal/Severamente Alterada/Acomodado					
Trabalha					
Comarcado/Combalança					
Registro Geral:					
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					

404-4


 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO				DIH	21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE	JENILSON PINTO ARRUDA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO						
ALERGIAS			HAS			DM2	
IDADE	27		LEITO	MACA 3	DATA	27/09/2019	
ITEM							HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE						500
2	AVP						1200
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H						1200
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H						1200
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N						1200
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						1200
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						1200
8	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						1200
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						1200
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG						1200
11	CURATIVO DIÁRIO						1200
12	SSVV + CCGG 6/6H						1200
13							
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA

IL

 SSVV 6H
 PA 700/60
 FC 80
 T 36,7

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	135/80	81	19	30p
18 H	108/60	83	19	3592
24 H	90/60	72	79	359

 DR. OSMAR OKENKI
 MEDICO RESPONSÁVEL
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 CRM 18518

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HCR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2015

Paciente: Yvelian Pinto Amade

Leito: 03

Data: 07/09/19

Localização



Região: MIO

Grav: I () II (x)

Etiologia

() LPP I II III IV 9* () Queimadura () Tétano () DM () Vascular
() Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

Aparência do

leito

() Neurose: Ansiedade/Negra () Escarola () Granulação () Epitelização
() Ferida fechada () Drenos/ Sonda () Outros

Pele: Perifoneal

() Normal () Macerado () Seca () Húmida/ Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Ferimento (x) Seco () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de

Exsudato

() Molhado (x) Útil () Seco

Soluções de

Farmácia

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexantina 2% () Álcool 70%

Gobernante

primária

(x) Gaze () Colágeno/Fibrinase (x) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (x) Diário () 48/48h

Profissional que

realizou

Valéria da Silva Moura
Técnica de Enfermagem
CRN-3 334.535

Letícia da Silva Moura
Técnica de Enfermagem
CRN-3 334.535

Ana Carolina da Silva Moura
Técnica de Enfermagem
CRN-3 334.535

procedimento

CRN-3 334.535

Observações:



Região: MIO

Grav: I (x) II (x)

() LPP I II III IV 7* () Queimadura (x) Cirurgia () DM () Vascular
(x) Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
() Outro:

() Neurose: Ansiedade/Negra () Escarola () Granulação () Epitelização
(x) Ferida fechada () Drenos/ Sonda (x) Outros: de Medicação

(x) Normal () Macerado () Seca () Húmida/ Rubor
() Outro:

() Ferimento (x) Seco () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
() Outro:

() Molhado (x) Útil () Seco

(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexantina 2% () Álcool 70%

(x) Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

() 12/12 (x) Diário () 48/48h

Valéria da Silva Moura
Técnica de Enfermagem
CRN-3 334.535

Letícia da Silva Moura
Técnica de Enfermagem
CRN-3 334.535

Ana Carolina da Silva Moura
Técnica de Enfermagem
CRN-3 334.535

CRN-3 334.535



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

Data: ____/____/20__		Enfermaria: _____		Leito: _____	
Nome Completo: _____				DN: ____/____/____	
Hipótese Diagnóstica: _____					
Precaução: ☐ Sim ☐ Não		☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - periósteo			
Bergia: ☐ Sim ☐ Não		Quemijo: _____		Sexo: ☐ F ☐ M	
Padrão Indígena: ☐ 1990 ☐ Sim		Necessidade de Interação: ☐ Sim ☐ Não		Qual idioma: _____	
Fluxo acompanhante: ☐ Sim ☐ Não		Obs: _____			
Desambulação: ☐ Normal ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Comprometida					
SISTEMA NEUROLÓGICO					
☐ Consciente ☐ Orientado		☐ Desorientado ☐ Agitado ☐ Não Respe		☐ Alterações: _____	
PUPILAS					
☐ Esotropea ☐ Anisocoria		☐ Miotica ☐ Mioclonia		☐ Alabril ☐ Febril ☐ Hipertérmico	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
☐ Eupneico ☐ Bradipneico		☐ Taquipneico ☐ Dispneico		☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia ☐ Aspiração	
☐ Oxigenoterapia ☐ Sim ☐ Não		Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR					
☐ Normotensão ☐ Bradicárdico		☐ Taquicárdico ☐ Arritmico		☐ Normotensão ☐ Distendida ☐ Globoso	
☐ Pulso Cereb ☐ Filiforme		☐ Pulso: _____		☐ Ruidos Híbridos: ☐ Presente ☐ Ausente	
☐ Ectopico ☐ Outros: _____				☐ Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / OMBLIG					
☐ Espontâneo ☐ SVU ☐ Prisão		☐ Urção ☐ Cistostomia		☐ Aumento ☐ SNE/SOE	
☐ Anore ☐ Oligúria				☐ Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial	
☐ Imposição cefálica: ☐ Outros: _____				☐ Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Constipação	
CARACTERÍSTICAS DA PELE					
☐ Indurada ☐ Desidratada		☐ Ressecada ☐ Anidrotica		☐ Alterações: _____	
☐ Normotensão ☐ Ictérica		☐ Anidrotica		☐ Flacidez: ☐ Presente ☐ Ausente	
☐ Lesão por pressão: ☐ Sim ☐ Não		Região: _____		☐ Sistema Local: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS					
Caráter Periférico: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____		Data: _____	
Caráter Central: ☐ Sim ☐ Não		Local: _____		Curativo realizado em: _____	
Sinal de infiltração no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não		Aspecto da secreção: _____		Quantidade: _____	
Dreno de: _____		Local: _____			
Quântico: ☐ Sim ☐ Não					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
☐ Deglutição prejudicada		☐ Risco de infecção		☐ Risco de Lesão por Pressão	
☐ Risco de infecção		☐ Ventilador espontâneo prejudicado		☐ Risco de Quedas	
☐ Risco de nutrição desequilibrada		☐ Mobilidade física prejudicada		☐ Risco de Broncoaspiração	
☐ Risco de desequilíbrio hídrico		☐ Risco de integridade da pele prejudicada		☐ Eliminação urinária prejudicada	
☐ Risco de desequilíbrio de volume		☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		☐ Risco de constipação	
☐ Volume de líquidos excessivo		☐ Risco de sono prejudicado		☐ Comunicação eficiente	
☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Déficit na automação para Higiene			
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental		Prescrição de Cuidado Prev. Quedas	
NÃO		0 Orientado/limitado/sem perda de limitações		☐ Manter grades laterais elevadas	
SIM		25 Superstima capacidade/esquecimento limitação		☐ Identificar o risco de queda na placa de identificação	
		TOTAL:		☐ Avaliar o paciente na higiene	
2. Diagnóstico Secundário		Risco Baixo: 0-24		☐ Orientar o paciente a pedir ajuda para sair de cama	
NÃO		Risco Médio: 25-44		☐ Manter cama com rodas travadas	
SIM		Risco Alto: Valor que 45		☐ Necessidade de monitorar ao lado II	
3. Terapia endovenosa/dispositivo salinizado		Risco Alto: Valor que 45		☐ Manter vigilância de ____ horas	
NÃO		Risco Alto: Valor que 45		☐ Cuidado seguro nos pés	
SIM		Risco Alto: Valor que 45		☐ Material de uso pessoal ao paciente durante	
4. Auxílio na Desambulação		Risco Alto: Valor que 45			
Nenhuma/Ajudado/Ajudado		Risco Alto: Valor que 45			
Muleta/Bergala/Andador		Risco Alto: Valor que 45			
Móvel/Paralela		Risco Alto: Valor que 45			
5. Marcha/Desambulação		Risco Alto: Valor que 45			
Normal/Sem desambulação/Acamado		Risco Alto: Valor que 45			
Falta		Risco Alto: Valor que 45			
Comprometida/Desambulação		Risco Alto: Valor que 45			
Registro Geral					
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					



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

HGR

DATA DE ADMISSÃO		DIH		21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE JENILSON PINTO ARRUDA						
DIAGNÓSTICO FRATURA EXPOSTA DE 3º QRD L MAO DIREITO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		27	LEITO	404-4	DATA	28/09/2019
ITEM		HORARIO				
1	DIFTA ORAL CIVRF					SN
2	AVP					SN
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H					SN
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H					SN
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II					SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
11	CURATIVO DIÁRIO					SN
12	SSVV + CCGG 6/6H					SN
13						SN
14						SN
15						SN
16						SN
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	118/66	59	20	37.1
18 H				
24 H				

Dr. Odinaldo
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.540-0

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Ferimentos em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

HGR

Paciente:

Yulson Pinto Almeida

Leito: 408-4

Data: 28/09/19

Localização



Região: MSD

Grau: I () II (X)

Etiologia

() MDP I II III IV V () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () Ortopedia
 (X) Outro: Pico de



Região: MSE

Grau: I () II (X)

Aparência do Leito

(X) Necrose: Amarela/Verde () Infecção () Granulação () Estabilização
 (X) Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

() Necrose: Amarela/Verde () Infecção (X) Granulação () Hipertrofia
 () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perifoneal

() Normal (X) Macerado () Seca () Friagem / Rulor
 () Outro:

(X) Normal () Macerado () Seca () Friagem / Rulor
 () Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serososanguíneo () Seco
 () Outro:

() Purulento (X) Seco () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Único () Seco

() Molhado (X) Único () Seco

Solução de Limpeza

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

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%
 (X) Gaze () Colágeno/Fibrinase () Solução de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Cobertura primária

(X) Gaze () Colágeno/Fibrinase (X) Solução de Prata () Hidrogel
 () Outro:

(X) Gaze () Colágeno/Fibrinase () Solução de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Marta de Jesus Almeida
 Auxiliar de Enfermagem
 Conselho Profissional

Marcos Reis
 Médico
 Conselho Profissional

Marta de Jesus Almeida
 Auxiliar de Enfermagem
 Conselho Profissional

Marcos Reis
 Médico
 Conselho Profissional

Observações:

[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AMBULATORIAIS

[illegible]



ESTAB. DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

HGR

404
4

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JENILSON PINTO ARRUDA				
DIAGNÓSTICO	FX RADIO DISTAL, ESTILOIDE ULNA E EXPOSTA PE				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	404-4	DATA	30/09/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO				SND
2	AVP				MAUTCA
3	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/SH				10/10/19
4	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				10/10/19
5	DIPYRIDA 1G EV OU 500MG VO DE 6/SH S/N				10/10/19
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				NT 2 10/10/19
7	FLASID 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAS > 110 MMHG				
11	CURAT VO DIÁRIO				
12	SSVV + CCG 6/SH				
13					
14					
15					
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,
ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AL EMBIL,
EUPNEÚICO, NORMOCORADO,
HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

PA	FC	FR
PACIENTE SEM TENSÃO (SEM MATERIAL PARA REALIZAR PROCEDEMENTO)		
24 H	77	37,4°C

Dr. JENILSON PINTO ARRUDA
CRM 10.100

06/10/19 08:00
12m.P.A 90/60 mmHg
P: 72
T: 36,2
R: 17

18.P.A = 115/70
P: 67 R: 19
T: 36,2

Aluno:		Data:		Enfermeira:		Linha:	
Nome Completo:				DN:		Série:	
Hipótese Diagnóstica:							
Solamente ou Resolução:							
Alergia:							
Vermelhidão/febre/erupção:							
Pele, edematoso/vermelho:							
Dermatite/lesão:							
SISTEMA NEUROLÓGICO							
SISTEMA CARDIOVASCULAR							
PULSAÇÃO							
AUMENTAÇÃO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL							
REGULAÇÃO TÉRMICA							
CARACTERÍSTICAS DA PELE							
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE							
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRIFÍLOS E PRÓTESES							
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
Escala de Mipage							

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n.º

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Saulson Pinto Almeida

Leito:

404-14

Data: 30-09-2019

Localização		Região: <u>MEMBRO D</u>		Região: <u>MEMBRO D</u>
Etiologia	☒ IPR III IV 2º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tecido</u> <u>Fixador Externo</u> ☐ Ortopedia ☐ Outro: <u>fixador externo</u>			
Aparência do T.cão	☐ Necrose: Amarela/Verde ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros: _____ ☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Pele Periferecional	☐ Periférico ☒ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Seco ☐ Outro: _____ ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Quantidade de Exsudato	☐ Soro fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Creme ☐ Colágeno e Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>AGE</u>			
Cobertura primária	☒ Curaz ☐ Colágeno e Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>AGE</u>			
Truça	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 4x48h ☐ 12/12 ☒ 7/7 ☐ 4x48h			
Profissional que realizou procedimento	Regina dos Santos Coordenadora de Enfermagem Saulson Pinto Almeida Técnico de Enfermagem Adriana de Jesus Técnico de Enfermagem Luciana de Jesus Técnico de Enfermagem			
Observações	Observações Observações Observações			



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

HGR

404
4

DATA DE ADMISSÃO: 21/09/2019 DN: 12/10/1991

PACIENTE: JENI SON PINTO IARRUBA

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO DITO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

ALERGIAS: HAS
LEITO: 404-4
DM2: DATA: 01/10/2019

IDADE: 27 HORÁRIO:

ITEM	
1	DIFERENCIAL LURE
2	ASP
3	CAMPONICINA 400MG EV 12/12H
4	CAMPONICINA 400MG EV 6/6H
5	DIAPYRONE 1000MG EV OU 500MG VO DE 6/6H S/N
6	OMLA 100MG EV 1X AO DIA
7	DIAPYRONE 1000MG EV 8/8H S/N
8	FLANXIN 200MG + SF0.9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II
9	SIBALITINA 1CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
10	CAMPONICINA 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG
11	DIAPYRONE 1000MG EV 8/8H S/N
12	DIAPYRONE 1000MG EV 8/8H S/N

SE HUBER DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):
CONV. 100 MG FOLUTIMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML, GLICOSE
> 200 MG/L EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

HEMOTÓCITO NORMAL
DEITADO NO LEITO ATIVO
REAÇÃO COMUNITÁRIA
ALIMENTANDO-SE
ALTO
EXAME FÍSICO
ACUMULADO, MAS
AFECTA EQUIVOCADO
NORMOCÓRICO

DATA	FC	FR	Temp
21/09/2019	76 bpm	18 rpm	35,9
22/09/2019	76 bpm	18 rpm	37,3
23/09/2019	67 bpm	18 rpm	37,3
24/09/2019	57 bpm	18 rpm	36,3

Dr. Odiney Oxemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 188.179

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS ABC/DIET

[illegible]



SUS

Sistema
União de
Saúde
Ministério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

7 - CNEC

8 - CSES

9 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

10 - NOME DO PACIENTE

11 - DATA DE NASCIMENTO

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - D - SEXO

14 - TELEFONE RESIDENCIAL

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

17 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

18 - UF

19 - CID

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

21 - ANAMNESE E EXAME FÍSICO

22 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO E EXAME FÍSICO (PRESENÇA DE SINAIS E SINTOMAS)

23 - PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO

24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - DATA DE INÍCIO DO PROCEDIMENTO

27 - DATA DE TÉRMINO

28 - DATA DE INÍCIO

29 - DATA DE TÉRMINO

30 - DATA DE INÍCIO

31 - DATA DE TÉRMINO

32 - DATA DE INÍCIO

33 - DATA DE TÉRMINO

34 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE

35 - NOME DO RESPONSÁVEL

36 - NOME DO RESPONSÁVEL

37 - NOME DO RESPONSÁVEL

38 - NOME DO RESPONSÁVEL

39 - NOME DO RESPONSÁVEL

FREQUÊNCIA E CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - DATA DE SOLICITAÇÃO

41 - DATA DE SOLICITAÇÃO

42 - DATA DE SOLICITAÇÃO

43 - DATA DE SOLICITAÇÃO

44 - DATA DE SOLICITAÇÃO

45 - DATA DE SOLICITAÇÃO

46 - DATA DE SOLICITAÇÃO

47 - DATA DE SOLICITAÇÃO

48 - DATA DE SOLICITAÇÃO

49 - DATA DE SOLICITAÇÃO

50 - DATA DE SOLICITAÇÃO

51 - DATA DE SOLICITAÇÃO

52 - DATA DE SOLICITAÇÃO

53 - DATA DE SOLICITAÇÃO

54 - DATA DE SOLICITAÇÃO

55 - DATA DE SOLICITAÇÃO

56 - DATA DE SOLICITAÇÃO

57 - DATA DE SOLICITAÇÃO

58 - DATA DE SOLICITAÇÃO

59 - DATA DE SOLICITAÇÃO

60 - DATA DE SOLICITAÇÃO

61 - DATA DE SOLICITAÇÃO

62 - DATA DE SOLICITAÇÃO

63 - DATA DE SOLICITAÇÃO

64 - DATA DE SOLICITAÇÃO

65 - DATA DE SOLICITAÇÃO

66 - DATA DE SOLICITAÇÃO

67 - DATA DE SOLICITAÇÃO

68 - DATA DE SOLICITAÇÃO

69 - DATA DE SOLICITAÇÃO

70 - DATA DE SOLICITAÇÃO

71 - DATA DE SOLICITAÇÃO

72 - DATA DE SOLICITAÇÃO

73 - DATA DE SOLICITAÇÃO

74 - DATA DE SOLICITAÇÃO

75 - DATA DE SOLICITAÇÃO

76 - DATA DE SOLICITAÇÃO

77 - DATA DE SOLICITAÇÃO

78 - DATA DE SOLICITAÇÃO

79 - DATA DE SOLICITAÇÃO

80 - DATA DE SOLICITAÇÃO

81 - DATA DE SOLICITAÇÃO

82 - DATA DE SOLICITAÇÃO

83 - DATA DE SOLICITAÇÃO

84 - DATA DE SOLICITAÇÃO

85 - DATA DE SOLICITAÇÃO

86 - DATA DE SOLICITAÇÃO

87 - DATA DE SOLICITAÇÃO

88 - DATA DE SOLICITAÇÃO

89 - DATA DE SOLICITAÇÃO

90 - DATA DE SOLICITAÇÃO

91 - DATA DE SOLICITAÇÃO

92 - DATA DE SOLICITAÇÃO

93 - DATA DE SOLICITAÇÃO

94 - DATA DE SOLICITAÇÃO

95 - DATA DE SOLICITAÇÃO

96 - DATA DE SOLICITAÇÃO

97 - DATA DE SOLICITAÇÃO

98 - DATA DE SOLICITAÇÃO

99 - DATA DE SOLICITAÇÃO

100 - DATA DE SOLICITAÇÃO

101 - DATA DE SOLICITAÇÃO

102 - DATA DE SOLICITAÇÃO

103 - DATA DE SOLICITAÇÃO

104 - DATA DE SOLICITAÇÃO

105 - DATA DE SOLICITAÇÃO

106 - DATA DE SOLICITAÇÃO

107 - DATA DE SOLICITAÇÃO

108 - DATA DE SOLICITAÇÃO

109 - DATA DE SOLICITAÇÃO

110 - DATA DE SOLICITAÇÃO

111 - DATA DE SOLICITAÇÃO

112 - DATA DE SOLICITAÇÃO

113 - DATA DE SOLICITAÇÃO

114 - DATA DE SOLICITAÇÃO

115 - DATA DE SOLICITAÇÃO

116 - DATA DE SOLICITAÇÃO

117 - DATA DE SOLICITAÇÃO

118 - DATA DE SOLICITAÇÃO

119 - DATA DE SOLICITAÇÃO

120 - DATA DE SOLICITAÇÃO

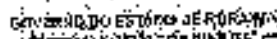
121 - DATA DE SOLICITAÇÃO

122 - DATA DE SOLICITAÇÃO

123 - DATA DE SOLICITAÇÃO

124 - DATA DE SOLICITAÇÃO

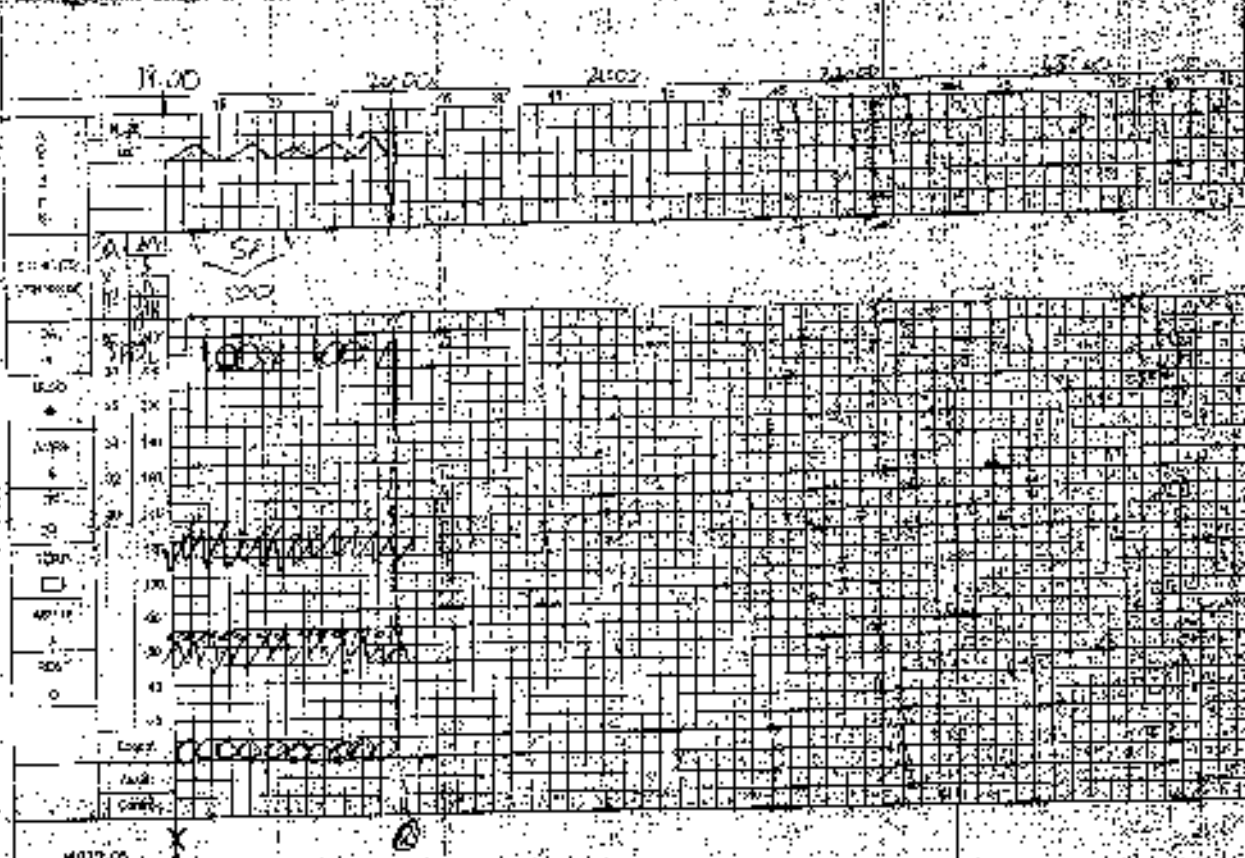
125 - DATA DE SOLICITAÇÃO



02419

USA San Diego, Dec 27

PRO-6 NIKKOR - DAVID G. DUFF, NCRAL, EF=1A

[illegible]

Endre Marques P. Filho
Friedrich
CRM 690-2A



404-4

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Goulson, Pinto, Almeida		404-4	1901104392	02 / 10 / 199	
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteotomia Fratura Radio distal esquerda		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		19:37	19:52		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Dr. Rogério		Dr. Goulson			
1ª AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Dr. Anderson		Res. Goulson			
2ª AUXILIAR		INSTRUMENTADOR:			
		CIRCULANTE			
		Helma / Nogueira			
TIPO DE ANESTESIA: BP B (39-09)		TEMPO DE DURAÇÃO:			
ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCT'S COMPRIMIDAS C/03 UNID.		1	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE		1	Baço Negro	
4	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
5	LUVA ESTÉRIL 7.5			FRASCOS-SORO Glicosado	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO MONONYLON Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA DISTUR Nº 24			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 03ML			SURGICHL	
2	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSSE	
3	SERINGA 10ML			KIT GATARATA Nº	
4	SERINGA 20ML			GEOFOAM cateter de	
				FITA CARDIACA Equipamento	
				OUTROS: 8.0ml	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS			
Enfermeira Cristine		SUB-TOTAL			
FUNÇÃO: CÁLCULOS		TAXA DE SALA			
CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ESTADO DE IGARAPÉ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DO ANTES

ANTES DE O PACIENTE SER DA MÃO DE
OPERAÇÕES

ANTES DA ANESTESIA

Assinado: Dr. Eudes

Nome: Arborel P. de Almeida
Assinatura: Dr. Roberto

Nome: Arborel P. de Almeida
Assinatura: Dr. Roberto

De: Assistente

De: Silva (Direção)
De: Assistente
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

Assinado: Dr. Eudes

Nome: Arborel P. de Almeida
Assinatura: Dr. Roberto

Nome: Arborel P. de Almeida
Assinatura: Dr. Roberto

De: Assistente

De: Silva (Direção)
De: Assistente
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

Assinado: Dr. Eudes

Nome: Arborel P. de Almeida
Assinatura: Dr. Roberto

Nome: Arborel P. de Almeida
Assinatura: Dr. Roberto

De: Assistente

De: Silva (Direção)
De: Assistente
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)

De: Silva (1303)
De: Silva (1303)



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE: _____

CIDADO: _____

UF: _____

NO CONSULTÓRIO: _____

NOME DO PACIENTE: _____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____

BATERIA: _____

PRESCRIÇÃO: _____

HORÁRIO: _____

NE LACRADO DE EMPLAQUEAMENTO

OBSERVAÇÕES: _____

Dr. Jefferson
Médico

CRM: 11331 RDE 008

01	20 mg de <i>Amoxicilina</i>	12h	
02	20 mg de <i>Clonazepam</i>	12h	
03	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
04	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
05	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
06	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
07	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
08	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
09	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
10	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
11	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
12	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
13	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
14	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
15	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
16	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
17	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
18	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
19	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
20	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
21	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
22	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
23	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
24	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
25	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
26	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
27	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
28	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
29	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
30	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
31	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
32	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
33	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
34	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
35	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
36	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
37	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
38	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
39	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
40	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
41	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
42	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
43	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
44	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
45	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
46	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
47	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
48	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
49	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
50	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
51	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
52	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
53	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
54	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
55	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
56	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
57	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
58	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
59	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
60	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
61	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
62	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
63	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
64	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
65	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
66	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
67	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
68	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
69	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
70	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
71	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
72	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
73	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
74	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
75	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
76	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
77	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
78	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
79	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
80	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
81	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
82	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
83	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
84	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
85	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
86	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
87	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
88	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
89	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
90	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
91	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
92	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
93	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
94	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
95	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
96	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
97	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
98	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
99	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	
100	20 mg de <i>Paracetamol</i>	12h	

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Unidade Hospitalar de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 21/09/2019 DN: 12/10/1991

CIENTE: JENILSON PINTO ARRUDA

NÓSTICO: FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE

RGIA: _____ HAS: _____ DM2: _____

IDADE: 27 LEITO: 404-4 DATA: 02/10/2019

ITEM: _____ HORÁRIO: _____

1: DIETA ORAL VRE *21/09/2019*

2: AVP

3: CIPROFLOXACINA 400MG IV 12/12H

4: CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H

5: DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/8H S/N

6: OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA

7: PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

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

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

10: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11: CURATIVO DIÁRIO

12: SSVV - CCGG 6/6H

13: _____

14: _____

15: _____

16: _____

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-260: 2UI; 261-300: 4UI; 301-360: 6UI;
 361-420: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
 RAÇÕES

AME - SICO: SEG, LOFE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,
 ATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUÇÃO: MANUTIDA

PRÉVIAÇÃO	PA	FC	FR	
6H				
12H	60/60	72	18	36.1
18H	60/60	72	18	36.1
24H	60/60	72	18	36.1

06 107x65 84 36.5 C

Assinar
Assinar
Assinar

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborado: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

Paciente:

Jamison Rito Prado

HCR

Leito: 404-4

Data: 02-10-2020

Localização	Região: M. S.D.	Região:
Litologia - ☐ EP I ☐ EP II ☐ EP III ☐ EP IV ☒ Quedadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ EP I ☐ EP II ☐ EP III ☐ EP IV ☒ Quedadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ EP I ☐ EP II ☐ EP III ☐ EP IV ☒ Quedadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:
Aparência do Leito ☐ Necrose Amarel/Negra ☐ Escudo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose Amarel/Negra ☐ Escudo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose Amarel/Negra ☐ Escudo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros
Pele Periférica ☐ Normal ☒ Macerado ☐ Seca ☐ Fritura / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritura / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritura / Rubor ☐ Outro:
Tipo de Exsudato ☐ Puntiforme ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Puntiforme ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguineo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Puntiforme ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sero sanguineo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%
Cobertura primária ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidroge ☐ Outros:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidroge ☐ Outros:	☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidroge ☐ Outros:
Troca ☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Profissional que realizou procedimento:	Profissional que realizou procedimento:
Observações:	Observações:	Observações:



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	21/09/2019	DN	12/10/1991
PACIENTE	JENILSON PINTO ARRUDA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA RADIO DISTAL + FRATURA ESTILOIDE ULNA + FRATURA EXPOSTA DE PE			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	27	LEITO	404-4	DATA 03/10/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETÁ ORAL LIVRE			
2	AVR			
3	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H			
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR			
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6H			
13	<i>Nota: paciente evolui bem no pós-operatório, sem complicações.</i>			
14				
15				
16				
SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

REVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

DIABETADO				
SINAIS VITAIS				
REVISÃO DE ALTA: SEM	PA	FC	FR	Tem
PREVISÃO				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Augusto Colaninno
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE André Pinheiro Lima 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/09/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de rádio distal

NO DIA 21/09/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura de rádio distal SENDO

OPERADO PELO DR. Raposo E DR. Thomson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 AS 14h00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 14/10/19 AS 13h00 COM O
DR. Raposo

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA

31/10/19

MÉDICO



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Senlaon Pinho Amador 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/10/19 COM
DIAGNÓSTICO DE fratura do osso da mão E

NO DIA 21/10/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fratura do osso da mão E SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. T. Lemos

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31/10/19 ÀS 14 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOYA NO DIA 14/10/19 ÀS 13 horas COM O
DR. Rogério

ORIENTAÇÕES GERAIS:

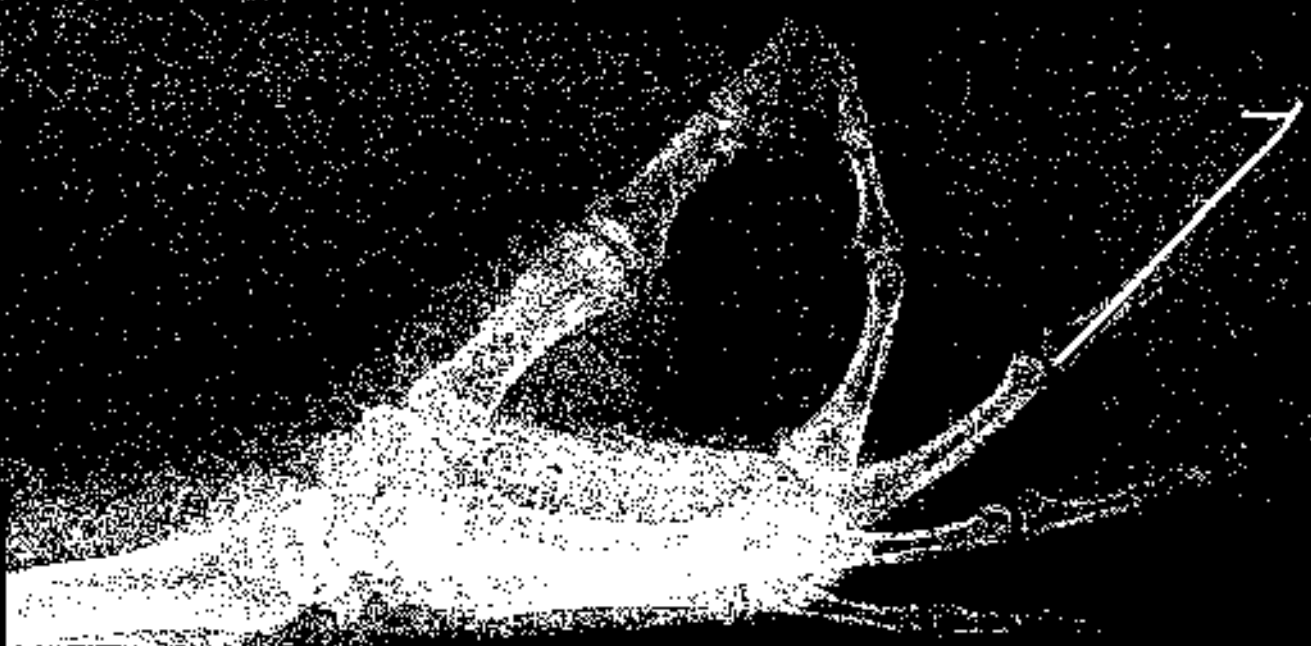
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR EX COM 31 (UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

EM VISTA, 31/10/19

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1204

MÉDICO



105



JEFFERSON, JIMTO 49RUDA
HOSPITAL CORONEL MO-2

22/2
23/10/2019

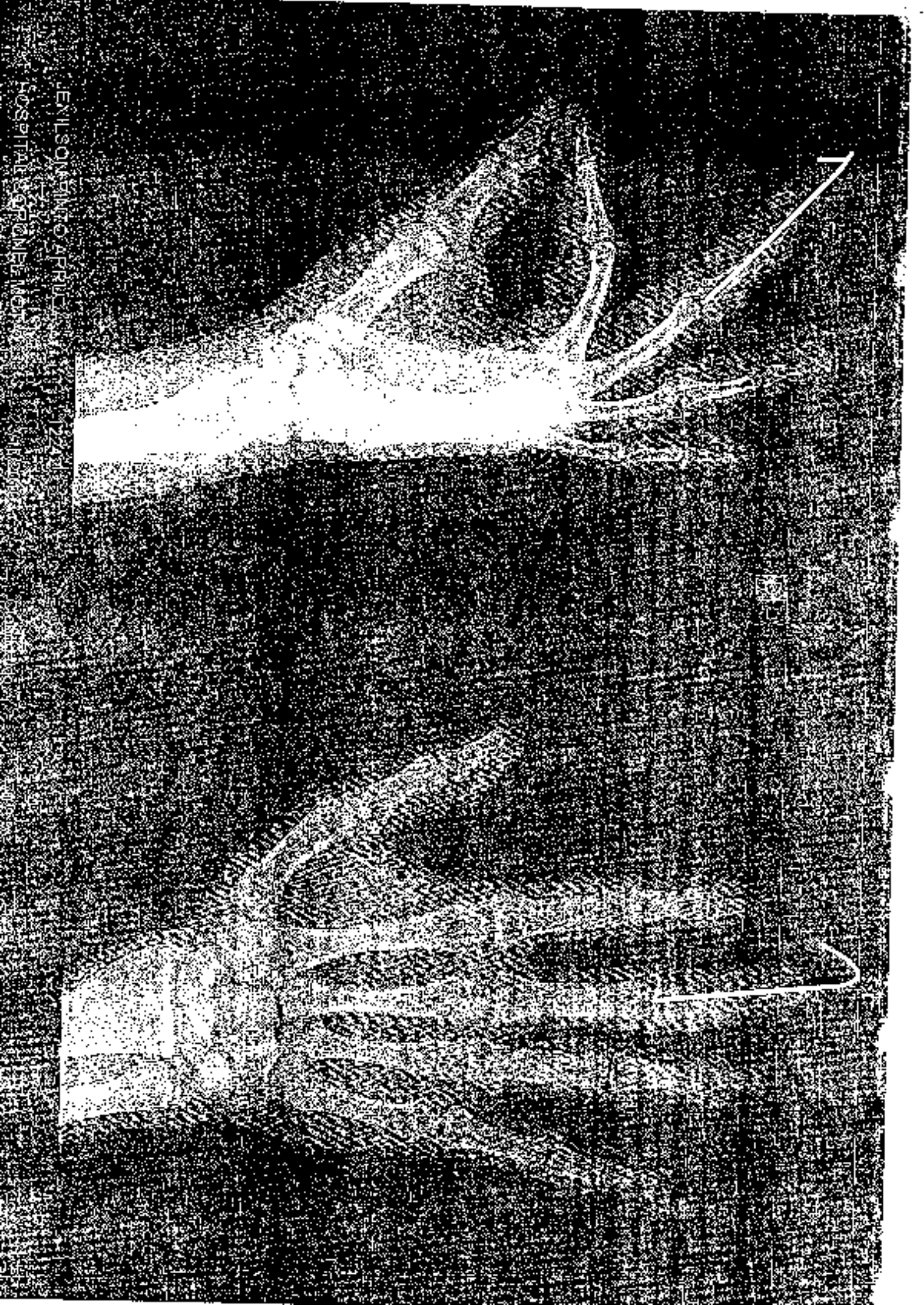
3.440340

70.6%

JOHN SONNENBERG
HOSPITAL CO-ORDINATOR

2341
C. C. C. C.





JENILSON RINHO APRIU

HOSPITAL DO CORACAO

JENILSON PINHO ARAUJO
HOSPITAL GONCALVES

12/03/2011

12/03/2011

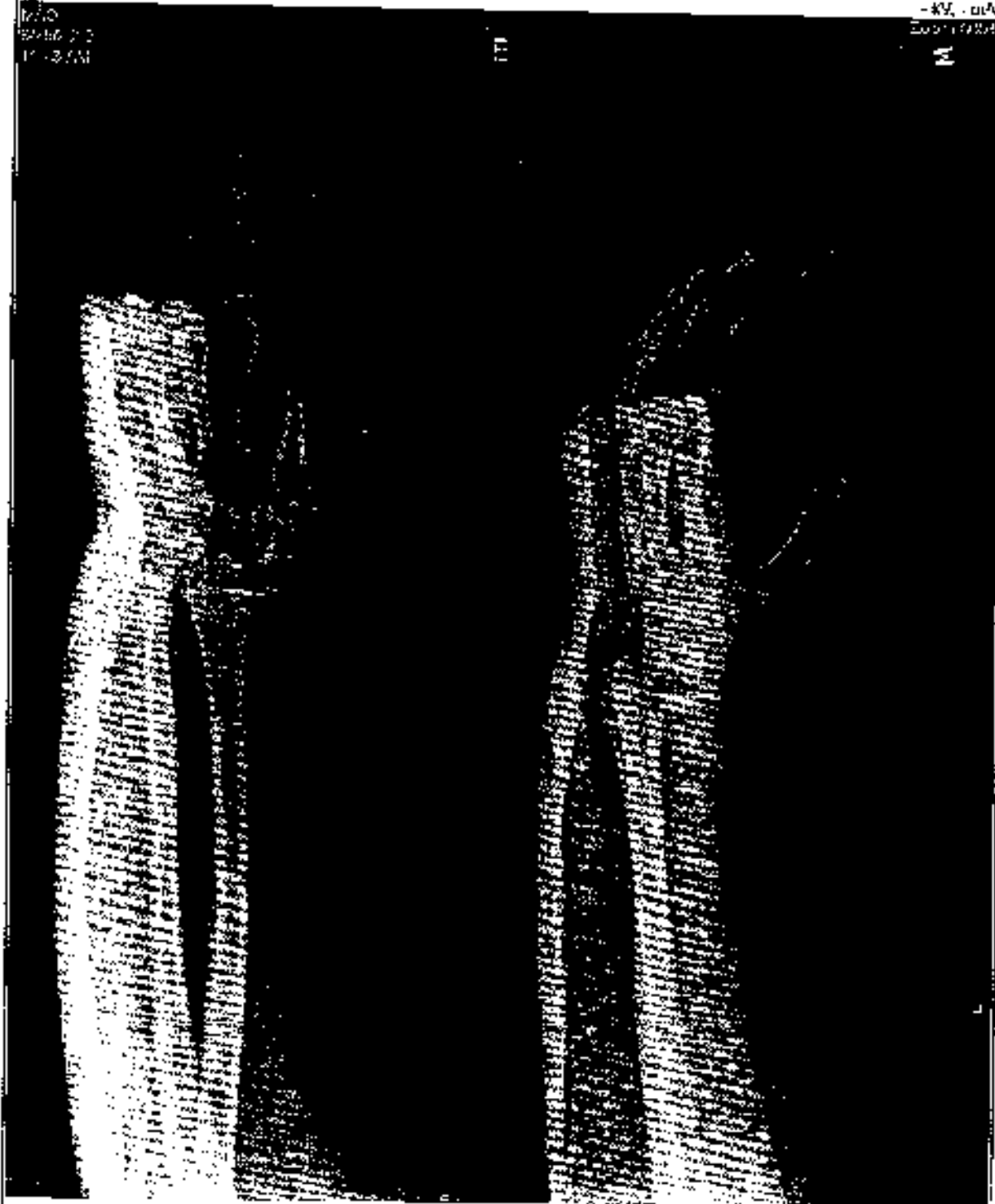
Not intended for official interpretation.

JENILSON PINTO ARRUDA
BL D MACA 33833

HF 37 GERA 72 RORANDA
Operador N/PA3000usuaris
-4V, 10/10/10

17/10
Banco 20
17/10/10

20/10/10



SID 100

L 428
W 205

Not intended for official interpretation.

JERILSON PINHO APARECIDA
BL D MACA 03335

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operador: ICIPAK/Quemaria
LV - mme
2011-10-25



2011-10-25

L-178
W-230

Not intended for official interpretation.

JF121501 PINTO APOLDA

BJD 401-00

ANTE-6714131

0.25 0.01

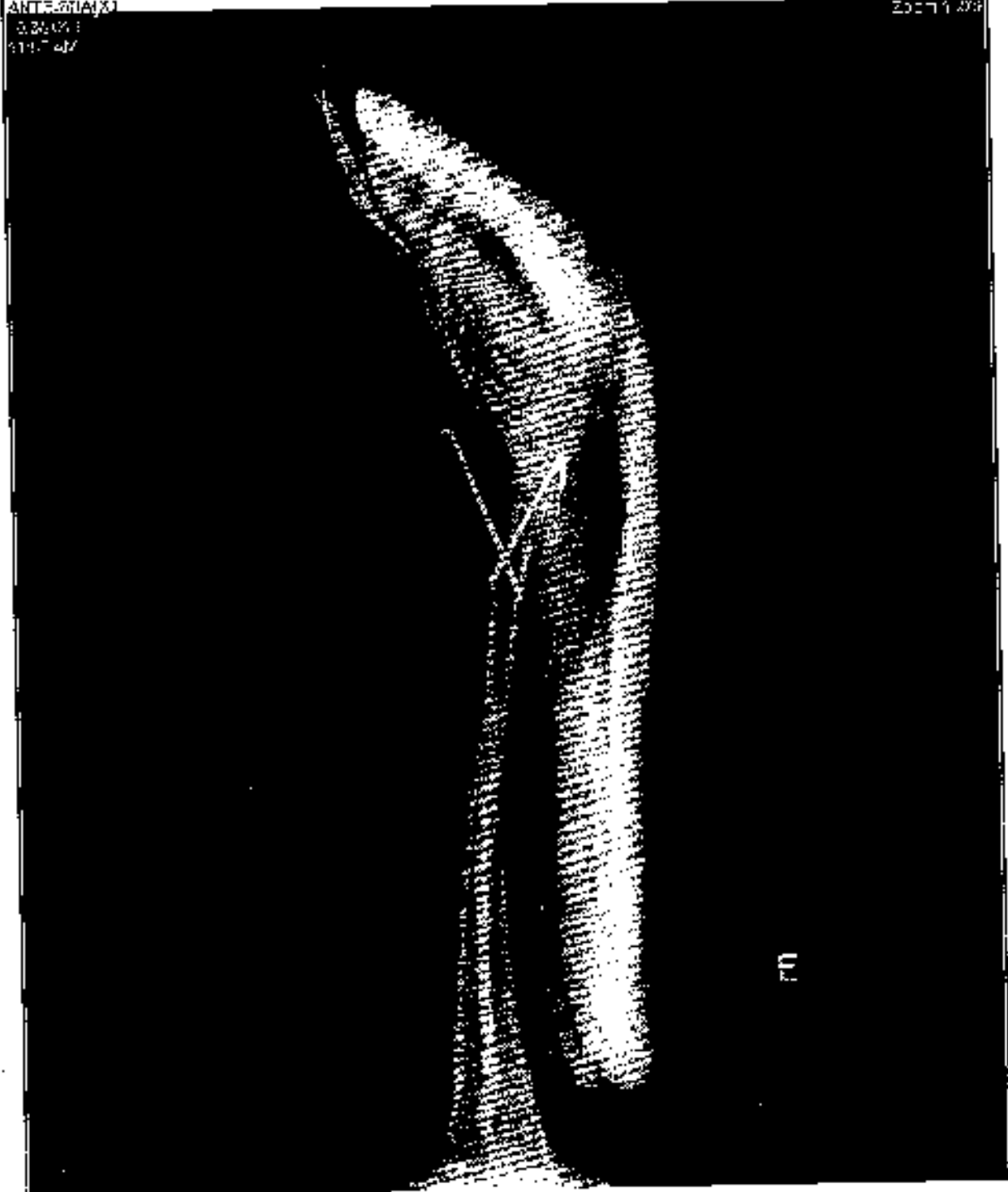
011-7 4M

HOSP. GERAL DE PERNAMB

Operatório MORNO/00000000

- RM, RM/03

200711 4M



510 mm

1-128

57 251

Not intended for official interpretation.

JENKSON PINTO ABRONDA

SLN 434-04

ANIL PRADO

1835/04

1754/04

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador NORALDO Xavier

- 10% mais

2004-11-04



310 mm

L 17%

W 22%

Not intended for official interpretation.

JERILSON PINTO ARRUDA

BLD 454-94

ANIL-PRACO

0120-1

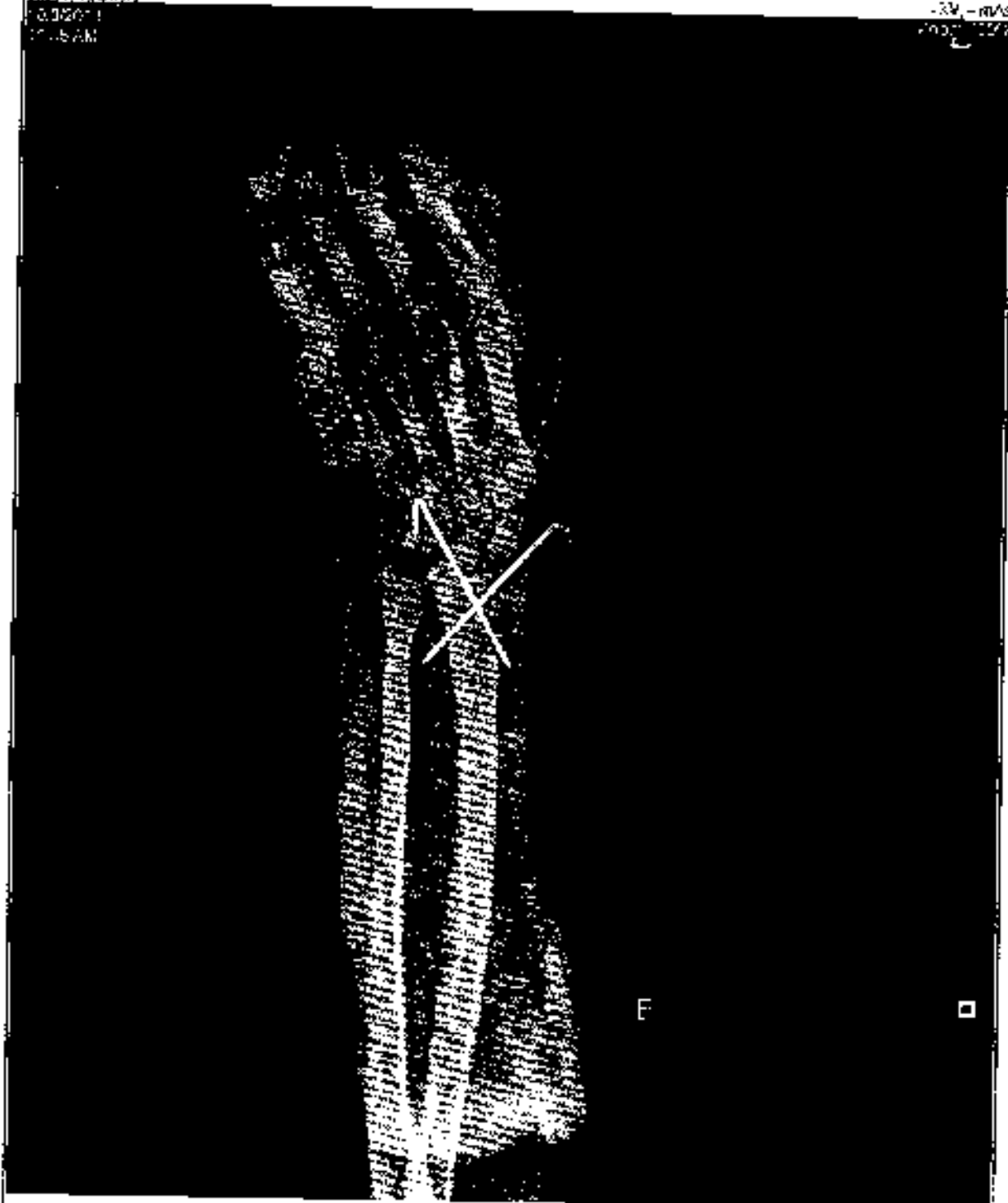
10:58 AM

HOSP. GERAL DE RORAIMA

Operador: HX7AKG/015auric

-RV - rmas

2007-10-27



3h) cmj

L 128

VV 258

TRABALHADOR

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

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

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

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

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

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



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PREPASEP

162.63344.27-0

NÚMERO

1896905

CLASS

0050

ESP

RR

JENILSON PINTO ARRUDA

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JENILSON PINTO ARRUDA

FILIAÇÃO: ANTONIO MOACIR DA CUNHA ARRUDA

NASCIMENTO: 12/10/1991

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: SANTARÉM - PA

DOCUMENTO: R.G. 3379898 SESP RR 1604/2015

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 703.289.332-52

TIT. ELEITOR: CNH: SEÇÃO: ZONA:

LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 07/03/2016

ASSINATURA DO TITULAR

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

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



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
703.289.332-52

Nome
JENILSON PINTO ARRUDA

Nascimento
12/10/1991

CÓDIGO DE CONTROLE
8D3F.D4BD.7F9C.B376



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:05:23 do dia 10/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



[Signature]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 464571-5

DATA DE
EXPIRAÇÃO

27/06/2016

NOME
YARA DIVA GUIMARÃES COSTA

FILIAÇÃO
DERSON FELIX COSTA

IVETE GUIMARÃES COSTA

NATURALIDADE
BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO
10/12/1962

COD. ORDEM
CERTO CAS AVERB DIVORCIO 2359 FLS 52 LIV 8-8

1 OF BOA VISTA - RR

CPF
762.732.616-87

1 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Especialista de Polícia Civil
Diretor de RGC

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 MAR 2016

SEGUROSELA S/A

Av. Dutra, 424 - Boa Vista - RR

DETRAN - RR Nº 014246946687
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RR Nº 014246946687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD. RENAVAM 00395469767 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

2019

NOME VANDERLENE DO NASCIMENTO JESUS
RR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0550CR534680

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

RENAVAM 00395469767 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9C2KD0550CR534680

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAN (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) R\$44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
PAGO *PAGO* 1ª *****

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
** PAGO COTA ÚNICA ** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 10/10/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB. SAIR DA A MAZ OCID L00166123

190 Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino

BOA VISTA-RR DATA 11/10/2019
DETRAN-RR

EXPEDIDOR

MAP 2018

DETRAN - RR Nº 014246946687
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RR Nº 014246946687 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 01 COD. RENAVAM 00395469767 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

2019

NOME VANDERLENE DO NASCIMENTO JESUS
RR

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2KD0550CR534680

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/10/2019

VIA 01 CPF / CNPJ 008.596.582-01 PLACA NAT7489

RENAVAM 00395469767 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2011 CAT. TARIF. 9C2KD0550CR534680

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) R\$36.05 DENATRAN (R\$) R\$4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15 IOF (R\$) R\$0.32 TOTAL A SER PAGADO (R\$) R\$44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 10/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª *****

FAIXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0.32 IOF (R\$) R\$0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$4.58 DATA DE PAGAMENTO 10/10/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO PROIB. SAIR DA A MAZ OCID L00166123

Assinatura: Igo Gomes Brasil

Assinatura: Igo Gomes Brasil
Diretor Presidente Interino
DETRAN-RR DATA 11/10/2019

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

EXPEDIDOR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472615/19

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

CPF: 703.289.332-52

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/09/2019

Titular do CPF: JENILSON PINTO ARRUDA

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

YARA DIVA GUIMARAES COSTA : 762.732.616-87

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

JENILSON PINTO ARRUDA : 703.289.332-52

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: 30/12/2019
Nome: YARA DIVA GUIMARAES COSTA
CPF: 762.732.616-87

YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724386 **Cidade:** Uiramutã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). PGS 2,45
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º QUIRODÁCTILO
DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190724386 **Cidade:** Uiramutã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA **Data do acidente:** 20/09/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO.
FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER). PGS 2,45
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODÁCTILO DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º QUIRODÁCTILO
DIREITO E DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724386

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190724386

Vítima: JENILSON PINTO ARRUDA

Data do Acidente: 20/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: YARA DIVA GUIMARAES COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JENILSON PINTO ARRUDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer
um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JENILSON PINTO ARRUDA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000007527-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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



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: 703.289.332-52 4 - Nome completo da vítima: Jenilson Pinto Arruda

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

5 - Nome completo: Jenilson Pinto Arruda 6 - CPF: 703.289.332-52
7 - Profissão: servente 8 - Endereço: rua rio Amazonas 9 - Número: 993 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Boa Vista 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69316-124
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 095-99119-0193

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, 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: 3905 ☐ CONTA: 00007527 ☒
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - _____

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) JENILSON PINTO ARRUDA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040818/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/12/2019 09:49

Data/Hora Fim: 27/12/2019 09:55

Delegado de Polícia: Fernando Bruno de Souza

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 20/09/2019 17:30

Local do Fato

Município: Uiramutã (RR)

Logradouro: vicinal da água fria

Bairro: zona rural

Tipo do Local: Área Rural

Natureza

1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JENILSON PINTO ARRUDA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Santarém

Sexo: Masculino

Nasc: 12/10/1991

Profissão: Eletricista

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria da Conceição Pinto Duarte

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.289.332-52

RG - Carteira de Identidade: 3379698

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R: Rio Amazonas

Bairro: Bela vista

Nº: 943

Telefone: (95) 9164-7828 (Celular) (95) 99118-4723 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A pessoa acima qualificada vem comunicar que na data/hora/local, acima informados, conduzia a motocicleta HONDA BROS NXR-150, PLACA NAT-7489, CHASSI N.º9C2KD0550CR534680, ANO 11/12, quando colidiu com a cabeceira de uma ponte de madeira na vicinal da Água Fria, no Município de Uiramutã; que, em virtude do acidente o comunicante quebrou um dedo da mão direita, três dentes e fraturou o punho da mão esquerda; que a vítima foi conduzido por terceiro ao hospital geral de Roraima. É o relato.



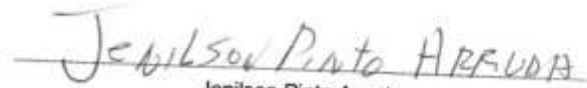
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 040818/2019-A01

ASSINATURAS


José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento


Jenilson Pinto Arruda
(Comunicante / Vítima)

"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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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

2 - Nº do sinistro ou AT: **703-289-332-52** 3 - CPF da vítima: **703-289-332-52** 4 - Nome completo da vítima: **Levilson Pinto Arruda**

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

5 - Nome completo: **Levilson Pinto Arruda** 6 - CPF: **703.289.332-52**
7 - Profissão: **Desenvolvente** 8 - Endereço: **Rua Rio Amazonas** 9 - Número: **943** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Boa Vista** 12 - Cidade: **Boa Vista** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69316-124**
15 - Telefone: **095-99119-0198** 16 - Tel (DDD): **095**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **Levilson Pinto Arruda**
18 - CPF do Representante Legal: **703.289.332-52** 19 - Profissão do Representante Legal: **Desenvolvente**
Declaram, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme representante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDAS ANUAIS DO TIPO DA RENDA: ☒ RENDIMENTO ☐ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 11.000,00 ☐ R\$ 12.000,00 ☐ R\$ 13.000,00 ☐ R\$ 14.000,00 ☐ R\$ 15.000,00 ☐ R\$ 16.000,00 ☐ R\$ 17.000,00 ☐ R\$ 18.000,00 ☐ R\$ 19.000,00 ☐ R\$ 20.000,00 ☐ R\$ 21.000,00 ☐ R\$ 22.000,00 ☐ R\$ 23.000,00 ☐ R\$ 24.000,00 ☐ R\$ 25.000,00 ☐ R\$ 26.000,00 ☐ R\$ 27.000,00 ☐ R\$ 28.000,00 ☐ R\$ 29.000,00 ☐ R\$ 30.000,00 ☐ R\$ 31.000,00 ☐ R\$ 32.000,00 ☐ R\$ 33.000,00 ☐ R\$ 34.000,00 ☐ R\$ 35.000,00 ☐ R\$ 36.000,00 ☐ R\$ 37.000,00 ☐ R\$ 38.000,00 ☐ R\$ 39.000,00 ☐ R\$ 40.000,00 ☐ R\$ 41.000,00 ☐ R\$ 42.000,00 ☐ R\$ 43.000,00 ☐ R\$ 44.000,00 ☐ R\$ 45.000,00 ☐ R\$ 46.000,00 ☐ R\$ 47.000,00 ☐ R\$ 48.000,00 ☐ R\$ 49.000,00 ☐ R\$ 50.000,00 ☐ R\$ 51.000,00 ☐ R\$ 52.000,00 ☐ R\$ 53.000,00 ☐ R\$ 54.000,00 ☐ R\$ 55.000,00 ☐ R\$ 56.000,00 ☐ R\$ 57.000,00 ☐ R\$ 58.000,00 ☐ R\$ 59.000,00 ☐ R\$ 60.000,00 ☐ R\$ 61.000,00 ☐ R\$ 62.000,00 ☐ R\$ 63.000,00 ☐ R\$ 64.000,00 ☐ R\$ 65.000,00 ☐ R\$ 66.000,00 ☐ R\$ 67.000,00 ☐ R\$ 68.000,00 ☐ R\$ 69.000,00 ☐ R\$ 70.000,00 ☐ R\$ 71.000,00 ☐ R\$ 72.000,00 ☐ R\$ 73.000,00 ☐ R\$ 74.000,00 ☐ R\$ 75.000,00 ☐ R\$ 76.000,00 ☐ R\$ 77.000,00 ☐ R\$ 78.000,00 ☐ R\$ 79.000,00 ☐ R\$ 80.000,00 ☐ R\$ 81.000,00 ☐ R\$ 82.000,00 ☐ R\$ 83.000,00 ☐ R\$ 84.000,00 ☐ R\$ 85.000,00 ☐ R\$ 86.000,00 ☐ R\$ 87.000,00 ☐ R\$ 88.000,00 ☐ R\$ 89.000,00 ☐ R\$ 90.000,00 ☐ R\$ 91.000,00 ☐ R\$ 92.000,00 ☐ R\$ 93.000,00 ☐ R\$ 94.000,00 ☐ R\$ 95.000,00 ☐ R\$ 96.000,00 ☐ R\$ 97.000,00 ☐ R\$ 98.000,00 ☐ R\$ 99.000,00 ☐ R\$ 100.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DO INDIENATÁRIO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DO INDIENATÁRIO ☐ CURADOR/TUTOR
☒ CONTA POU-PANCA (Número para os bancos abaixo. Anotar o número da conta)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **3905** CONTA: **00007527** 2
AGÊNCIA: **00000000** CONTA: **00000000**
(Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador) (Informar o dígito verificador)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONTRATURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins da requisição de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.254/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência; ou
• O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atenda a região da ocorrência ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (cinquenta) 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 regras da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 6º, IV, da Lei nº 5.254/74.
Declaro que esta autorização não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispuser da documentação.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CONTRATURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Outro ☐ Não sabe
24 - Grau da Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Filha ☐ Irmão ☐ Irmã ☐ Sobrinho ☐ Sobrinha ☐ Neto ☐ Neta ☐ Outros ☐ Não sabe
25 - Grau da Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Filha ☐ Irmão ☐ Irmã ☐ Sobrinho ☐ Sobrinha ☐ Neto ☐ Neta ☐ Outros ☐ Não sabe
26 - Vítima do acidente com companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima do acidente com companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não
29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não
30 - Vítima do acidente com filhos? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não
33 - Vítima do acidente com pais/avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta na época, 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 200 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): **Levilson Pinto Arruda**
35 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): **703.289.332-52**
36 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir): **Levilson Pinto Arruda**
37 - Nome legível de quem assina a petição (a seguir): **Levilson Pinto Arruda**
38 - CPF legível de quem assina a petição (a seguir): **703.289.332-52**
39 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir): **Levilson Pinto Arruda**
40 - Local e data: **Boa Vista - RR 27 de dezembro 2019**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (cedente): **Levilson Pinto Arruda**
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Levilson Pinto Arruda**
43 - Assinatura do Procurador (se houver): **Levilson Pinto Arruda**