

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: 2868365720201008163931****Processo 0824515-25.2020.8.23.0010**  - (15 dia(s) em tramitação)**Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)																																																																																
Reais																																																																																					
Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória																																																																																					
Filtros																																																																																					
Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor Público <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/> Descrição: <input type="text"/>																																																																																					
9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9																																																																																					
500 por pág. 1 <table border="1"><thead><tr><th>Seq.</th><th>Data</th><th>Evento</th><th>Movimentado Por</th></tr></thead><tbody><tr><td>9</td><td>08/10/2020 16:39:31</td><td>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</td><td>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador</td></tr><tr><td></td><td></td><td>9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: 2755994CONTESTACAO01.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: 2755994CONTESTACAOAnexo02.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td></td><td></td><td>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: KITSEGURADORALIDER.pdf</td><td>Público</td></tr><tr><td colspan="6">LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARLENE SOUZA SILVA) em 02/10/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/09/2020) e ao evento de expedição seq. 7.</td></tr><tr><td colspan="6">EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARLENE SOUZA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/09/2020)</td></tr><tr><td colspan="6">CONCEDIDO O PEDIDO</td></tr><tr><td colspan="6">CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</td></tr><tr><td colspan="6">RECEBIDOS OS AUTOS</td></tr><tr><td colspan="6">REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</td></tr><tr><td colspan="6">Registro de Distribuição</td></tr><tr><td colspan="6">DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</td></tr><tr><td colspan="6">1ª Vara Cível</td></tr><tr><td colspan="6">JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</td></tr></tbody></table>						Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	9	08/10/2020 16:39:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador			9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: 2755994CONTESTACAO01.pdf	Público			9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: 2755994CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público			9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: KITSEGURADORALIDER.pdf	Público	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARLENE SOUZA SILVA) em 02/10/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/09/2020) e ao evento de expedição seq. 7.						EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARLENE SOUZA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/09/2020)						CONCEDIDO O PEDIDO						CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL						RECEBIDOS OS AUTOS						REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR						Registro de Distribuição						DISTRIBUÍDO POR SORTEIO						1ª Vara Cível						JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por																																																																																		
9	08/10/2020 16:39:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador																																																																																		
		9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: 2755994CONTESTACAO01.pdf	Público																																																																																		
		9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: 2755994CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público																																																																																		
		9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO :: KITSEGURADORALIDER.pdf	Público																																																																																		
LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de MARLENE SOUZA SILVA) em 02/10/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/09/2020) e ao evento de expedição seq. 7.																																																																																					
EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de MARLENE SOUZA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (24/09/2020)																																																																																					
CONCEDIDO O PEDIDO																																																																																					
CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL																																																																																					
RECEBIDOS OS AUTOS																																																																																					
REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR																																																																																					
Registro de Distribuição																																																																																					
DISTRIBUÍDO POR SORTEIO																																																																																					
1ª Vara Cível																																																																																					
JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL																																																																																					

2755994- C3/ 2020-03724/ INVALIDEZ



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

Processo: 08245152520208230010

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 **MARLENE SOUZA SILVA**, 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 **12/04/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **28/07/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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 incontrovertido 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200277208 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLENE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MÁLEOLO MEDIAL ESQUERDO P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P58 59

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P74

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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 desconstituir a través da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 12/04/2020. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLENE SOUZA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000028732-6

Nr. Autenticação
BRADESCO140820200500000000002370052200000028732168750 PAGO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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 HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵Súmula 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.”

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.**

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

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelênciia 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;

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

⁷art.

^{1º}

(...)

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

- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 6 de outubro 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 GRAADAÇÃO

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					
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 esfínctenano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 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 **MARLENE SOUZA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08245152520208230010.

Rio de Janeiro, 6 de outubro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200277208

Vítima: MARLENE SOUZA SILVA

Data do Acidente: 12/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARLENE SOUZA SILVA

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, contados 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

Carta nº 166007315



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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200277208 **Vítima: MARLENE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: 12/04/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARLENE SOUZA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARLENE SOUZA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000522-3

Conta: 0000028732-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

005.894.983-63 Marlaine Souza Silveira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 9 - Número: 10 - Complemento:

Marlaine Souza Silveira

005.894.983-63

138

7 - Profissão: 8 - Endereço: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

autônomo Av Jardim

Boa Vista

Roraima

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 17 - Nome completo da 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:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0592

CONTA: 2873-2

(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 em 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 atende à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à 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 sumar e apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

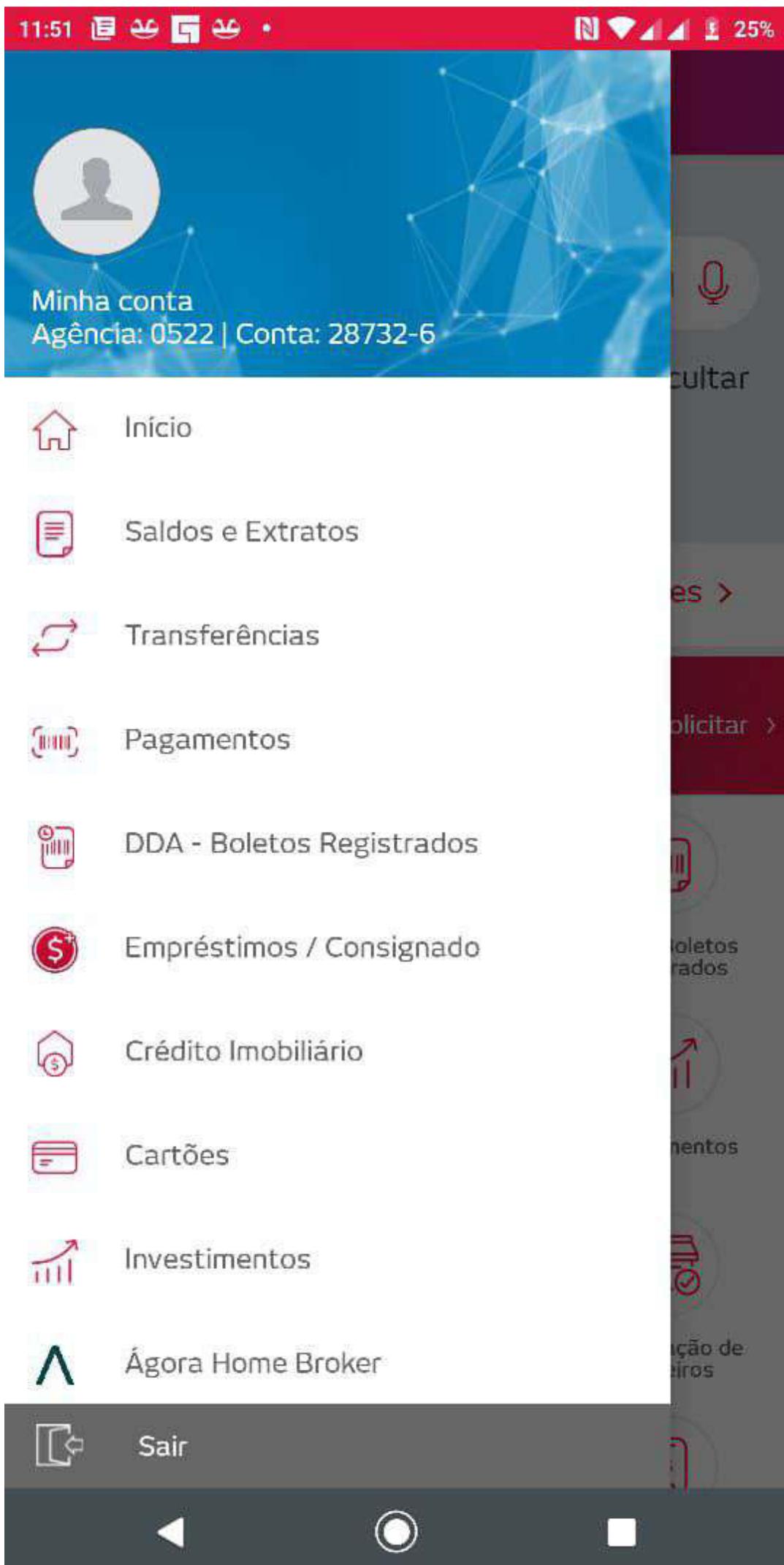
Marlaine Souza Silveira

William Gonçalves

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



12:03 27%

Bradesco

Olá, MARLENE SOUZA SILVA

BIA *Digite ou fale com a BIA* |

SALDO DISPONÍVEL ocultar

R\$ **0,00**

Empréstimos ver opções >

Prorogue aqui seus empréstimos e financiamentos Solicitar >

Saldos e Extratos

Transferências

Pagamentos

DDA - Boletos Registrados

**Empréstimos/
Consignado**

Crédito Imobiliário

Cartões

Investimentos

Ágora Home Broker

Consórcio

Agendamentos

Autorização de Parceiros



Fls: 1
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00021587/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/07/2020 17:29:52 Data/Hora Fim: 28/07/2020 17:29:52

Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 12/04/2020 08:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Av. do Sol e rua Sagitários

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARLENE SOUZA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 29/01/1977 Idade: 43

Profissão: Sem Informação

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Raimunda Nonata de Souza Silva

Nome do Pai: Osvaldo Batista da Silva

Documento(s)

RG: 26017072003-5

CPF: 005.894.903-63

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av Jardim - condomínio açaí - vila jardim

Nº: bloco 11, ap. 138

Complemento: condomínio

Bairro: Cidade Satélite

CEP: 69.317-529

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 747.489.393-20

Placa NUK5530

Renavam 00395154073

Número do Motor E3D2E-032169

Número do Chassi 9C6KE1250B0024557

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

UF Veículo RR

Município Veículo Boa Vista/RR

Marca/Modelo YAMAHA/XTZ 125E

Veículo Adulterado? Não

Situação Melo Empregado, Envolvido



Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 28/07/2020 17:40:31

Página 1 de 2

AUTENTICAÇÃO

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 28 de julho de 2020
Assinatura:

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00021587/2020

Última Atualização Denatran 09/01/2020

Situação do Veículo
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Marlene Souza Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE a comunicante através do número telefônico 95-99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 12/04/2020, por volta das 08h:50min da manhã, a comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca YAMAHA, modelo XTZ 125, Placa NUK-5530; QUE neste momento trafegava na Av. do Sol, no bairro: Cidade Satélite/BV/RR; QUE no cruzamento com a rua Sagitários de mesmo bairro, um veículo automotor (não sabe informar características), bateu na traseira da motocicleta, atingindo sua perna esquerda, subsequentemente arremessado a comunicante no chão; QUE o veículo automotor acima citado seguiu viagem normalmente, e não parou para prestar socorro ou assistência à comunicante; QUE a comunicante conseguiu dirigir até o pronto socorro do hospital Cosme e Silva, onde foi atendida; QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves na perna esquerda, que pelo impacto perdeu parcialmente o movimento de seu pé, como consta em laudo médico em anexo a este B.O; QUE PERGUNTADO para comunicante se ele tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxile na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduziu o veículo, que não lembra de alguma característica que auxiliasse na identificação deste veículo (modelo, placa...), pois o acidente ocorreu muito rápido.

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (28/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva

Escrivão de Polícia

Matrícula 42000511

Responsável pelo Atendimento

Marlene Souza Silva

Vítima, Comunicante

"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 de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

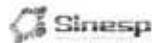
AUTENTICAÇÃO

*Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fidel do Original.*

Boa Vista, 28 de julho de 2020

Hualacy Seelig, Matr. nº 020116684

Assinatura



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 28/07/2020 17:40:31

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
005.894.983.63 Marlaine Souza Silveira

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

5 - Nome completo: Marlaine Souza Silveira 6 - CPF: 1005.894.983-63

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: Av Jardim 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317.529

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 99113-3855

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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 em 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 atende à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à 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 sumar e apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, 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 - Impresão digital da testemunha (se alfabetizada)

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

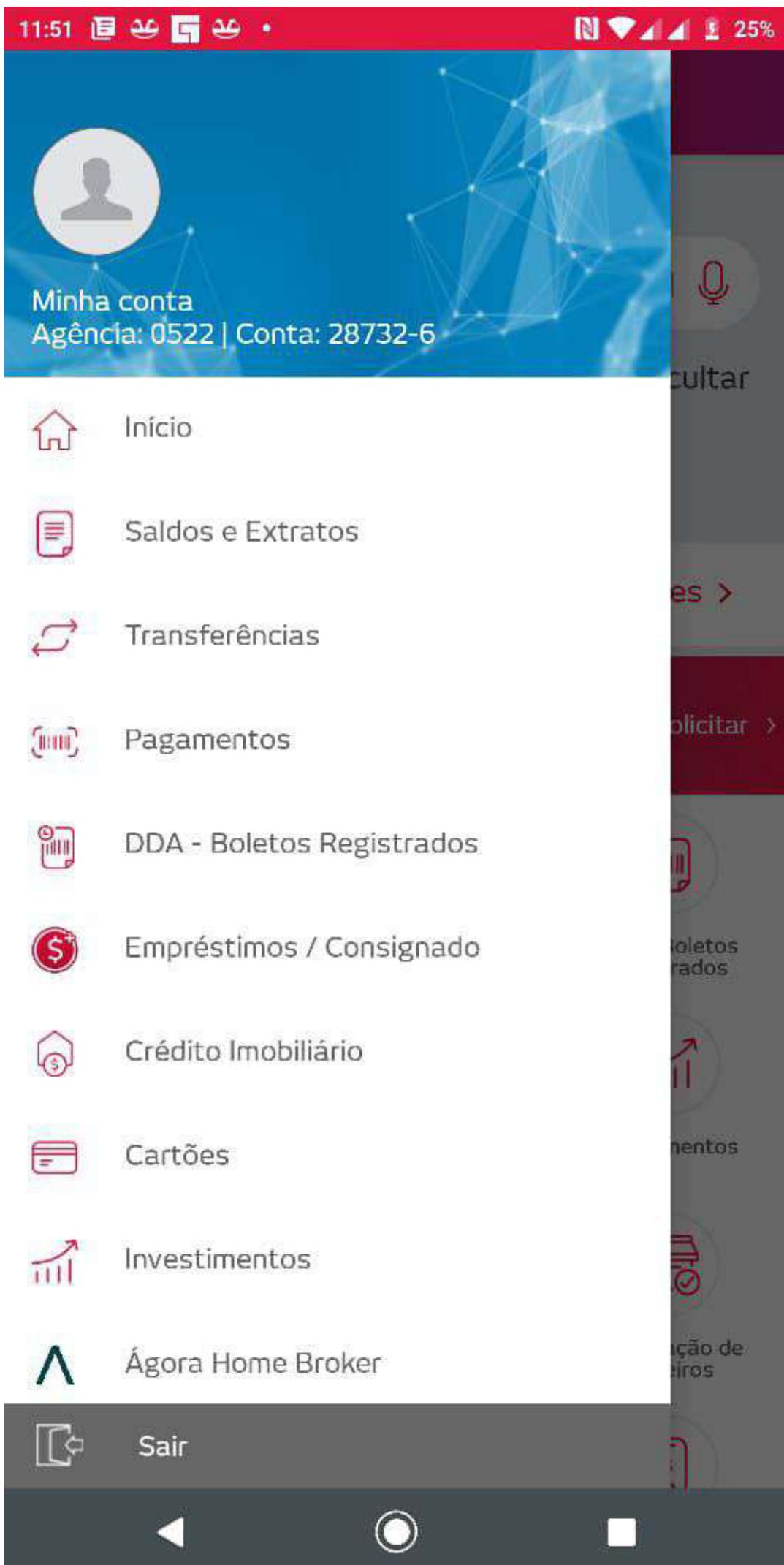
40 - Local e Data, *Boa Vista RR 20/10/2020*

Marlene Souza Silveira

William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



12:03 27%

Bradesco

Olá, MARLENE SOUZA SILVA

BIA *Digite ou fale com a BIA* |

SALDO DISPONÍVEL ocultar

R\$ **0,00**

Empréstimos ver opções >

Prorogue aqui seus empréstimos e financiamentos Solicitar >

Saldos e Extratos

Transferências

Pagamentos

DDA - Boletos Registrados

Empréstimos/Consignado

Crédito Imobiliário

Cartões

Investimentos

Ágora Home Broker

Consórcio

Agendamentos

Autorização de Parceiros

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLENE SOUZA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00522-3

CONTA: 000000028732-6

Nr. Autenticação

BRADESCO14082020050000000002370052200000028732168750 PAGO





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Barreto, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.790/0001-44 | Inscrição Estadual: 34.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 8-1
Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este Número

SEU CODIGO
0133349-6

Nº da Nota Fiscal 4584844

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

FEVEREIRO/2020	07/03/2020	489	359,92
MARLENE SIRIKA SILVA		RESIDENCIAL VILA JARDIM	
AV. JARDIM E 8. B11 A104 AÇAI - CIDADE SATELITE			
CEP: 09.317-579 - BOA VISTA			
DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA	
Atual:	07/03/2020	Atual:	18/02/2020
Anterior:	07/02/2020	Anterior:	01/02/2020
Dias de consumo:	07	Proxima leitura:	07/03/2020
Constante de Multiplicação:	1.100	Emissão:	07/03/2020
Consumo medida:	110	Apresentação:	10/03/2020
Consumo Faturada:	110		
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Grupo/Subgrupo:		1.4.1.2	
Classe/Subclasse:		RESID. B. RES.	
Ligação:		SIMP/SC	
Número Medidor:		14850156	
Forma de Faturamento:		1.4.1.2	
Modalidade:		1480131	
DETALHADO DA CONTA			
07/02/2020	30 A R\$ 0,259279 =	7,77	
07/02/2020	70 A R\$ 0,444597 =	31,19	
10/02/2020	1,00 A R\$ 0,666603 =	79,99	
10/02/2020	1,69 A R\$ 0,740663 =	199,23	
		56,34	
			41,83
RESUMO DA FATURA PAGADA			
11 FEBRER 2020 PIBR ECA			

HISTÓRICO DE MEDICAÇÃO	
01/01/19	460
15/01/19	475
08/01/19	510
04/01/19	465
28/01/19	510
20/01/19	564
06/02/19	510
24/02/19	564
12/03/19	510
08/04/19	685
05/05/19	574
02/06/19	597
29/06/19	571
13/07/19	469

RESERVADO AO FISCO		BAF 7,50SF 33A1, 9310, AF90, 1672, 21FF, F2DA
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia:	Encargos:	Base de Cálculo:
1.100,00	371,12	ICMS: 17,0%
1.100,00	371,12	PIS: 0,45%
Transmissão:	Tributos:	COFINS: 1,9%
1.100,00	371,12	ALIQUOTA VALOR
		17,0% 24,37
		0,45% 1,30
		1,9% 6,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal
Limite	1,33	13,33	4,67	1,33	13,33	4,67	1,33	1,33	4,99
Realizado	1,33			2,00			1,79		
Conjunto	1,33	13,33	4,67	2,00	13,33	4,67	1,79	1,79	4,99
Período de apuração: 1/7/2019					Euros: 251.11				

09/04/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 703494



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

BAIRRO: LAURA MOREIRA – CEP:69318-050 – BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	PERÍODO DE CONSUMO 19-FEB-20 a 23-MAR-20
CONSUMO (kWh) 675	VENCIMENTO 06-APR-20	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



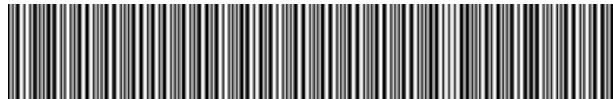
RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 703494	MÊS 03/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 552,25
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836400000052.52250075008.000000000703.349403200059





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Marlene Souza Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.894.983-63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Marlene Souza Silveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.894.983-63 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residar 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 22 11</u>	Número:	<u>294</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Boa Vista</u>	Estado:	<u>RR</u>	CEP:	<u>69.318-050</u>	
E-mail:	<u>Wfranco992@gmail.com</u>						Tel. (DDD):	<u>99113-3855</u>

Local e Data: Boa Vista/RR 01 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA RUA DELMAN VERAS, S/N , PINTOLANDIA			1 ^ª Classificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.	Reclassificação Vermelho Laranja Amarelo Verde Azul Ass.			
2000749699	12/04/2020 09:07:46	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			MANHA 07-13			
Paciente MARLENE SOUZA SILVA		Data Nascimento 29/01/1977	Idade 43 A 2 M 14 D	CNS 703403226324417	CPF 00589498363			
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 26017020035	Órgão Emissor SSPMA	Data Emissão 29/09/2003	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A)PARD	Raça/Cor BRASILEIRA	Naturalidade
Mãe RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA		Pai OSVALDO BATISTA DA SILVA			Contato (95) 99162-1184		Ocupação DIARISTA	
Endereço AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAI, BLOCO 11 - 404 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão		
Setor SUTURA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.	Registrado por: IANE.ALVES				
Queixa Principal <i>Pac. est. ultim. si. clat e</i>		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem <i>Mot. atra. Evolu. an</i>		GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)								
<i>Dr. em 12-2000 feve e febre</i>								
Exame Físico <i>Pac. est. ultim. clat e o Pac. an</i>								
Hipótese Diagnóstica <i>pol. de Lx. Pescas, -</i>		<i>Prescr. 2000-04-12 12:20</i>						
SADT - Exames Complementares <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PREScrição <i>02 dipirona 500 mg</i>				APRAZAMENTO <i>leop.</i>		OBSERVAÇÃO		
<i>Por clat e febre</i>								
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / / / / /						
Óbito								
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família () IML Anatomia Patológica / / / /						

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: iane.alves
Data Hora: 12/04/2020 09:08:40



PTÉ intol. à Dipiridam
Nesse fraca em pt. cosa
Tx de Acidez não se
adapta.

Sono fisiol 250g —

O₂ - 5 lpm - 20 min

Tension 40 IU

Citofol:

Dr. Fábio R. S. Maranigas
Médico Internista e Comunitário
2019-2024

Pacient apresentando sintomas
de malestar geral e corte corporal.
Ponto P' (P) associado
a Escorreg. Dipiridam
+ Interd. tímico
constante.
Busto em constante
com an.



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **MARLENE SOUZA SILVA** 43 anos
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **12/04/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FX DE MALÉOLO MEDIAL E TNZ E** E NO DIA
04/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSINTESE SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR ROGERIO** E P/ DR **0**
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **05/05/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (DUAS)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR ROGERIO**.

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 RAIOS X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.**

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DOUTOR **DR ROGERIO**

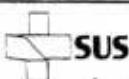
terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
CRM/RR 2124



SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR																																																																																													
Identificação do Estabelecimento de Saúde																																																																																														
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO	2 - CNES Valo : 05.05.2020																																																																																													
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO	4 - CNES																																																																																													
Identificação do Paciente																																																																																														
5 - NOME DO PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA	6 - N° DO PRONTUÁRIO 179327																																																																																													
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 403403226324417	8 - DATA DE NASCIMENTO 29/01/1977	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	10 - RACA/COR Panda	11 - NOME DA MÃE RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 95 N° DO TELEFONE 991621184	13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 95 N° DO TELEFONE 991621184	15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) AV VILA JARDIM, COND. AÇAÍ, BLOCO 11, 404, CIDADE SATÉLITE	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 140000 RR 69317523	18 - UF RR	19 - CEP 69317523	JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEOLO MEDIAL DE TORNOZELO E.					21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO As acima					22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EX CLINICO + COMPLEMENTARES					23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura maeolo medial do tornozelo e	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	PROCEDIMENTO SOLICITADO					27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		29 - CLÍNICA ORTOPEDIA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input checked="" type="checkbox"/>) CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 9418146222345	33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JAYNNE BEZERRA MAGALHÃES	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/04/2020		35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 0308010019			PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					36 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE	37 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR	38 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO	AUTORIZAÇÃO					46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR INMN	47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input checked="" type="checkbox"/>) CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 0308010019	50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 08/10/2020	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 5825 7068			Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJX6Q ADT77WPASZ 4CX2D				
9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	10 - RACA/COR Panda																																																																																													
11 - NOME DA MÃE RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD 95 N° DO TELEFONE 991621184																																																																																													
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO DDD 95 N° DO TELEFONE 991621184																																																																																													
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) AV VILA JARDIM, COND. AÇAÍ, BLOCO 11, 404, CIDADE SATÉLITE	16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA	17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 140000 RR 69317523	18 - UF RR	19 - CEP 69317523																																																																																										
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO																																																																																														
PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEOLO MEDIAL DE TORNOZELO E.																																																																																														
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO As acima																																																																																														
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EX CLINICO + COMPLEMENTARES																																																																																														
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura maeolo medial do tornozelo e	24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS																																																																																											
PROCEDIMENTO SOLICITADO																																																																																														
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO HOSPITALAR			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO																																																																																											
29 - CLÍNICA ORTOPEDIA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input checked="" type="checkbox"/>) CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 9418146222345	33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JAYNNE BEZERRA MAGALHÃES																																																																																										
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/04/2020		35-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 0308010019																																																																																												
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)																																																																																														
36 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE																																																																																											
37 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR																																																																																											
38 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	(<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO	(<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO	(<input type="checkbox"/>) APOSENTADO	(<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO																																																																																										
AUTORIZAÇÃO																																																																																														
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR INMN	47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	48 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input checked="" type="checkbox"/>) CPF	49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 0308010019	50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 08/10/2020																																																																																										
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 5825 7068																																																																																												
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJX6Q ADT77WPASZ 4CX2D																																																																																														



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS

CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

() APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

17/10/2020

13/04/2020

...: Laudo de Internação SG :...

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC 0103160

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC 0103160

MARLENE SOUZA SILVA

703403226324417 (95) 99162-1184 29/01/1977 Feminino

RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILV

AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAI, BLOCO 11 404 CIDADE SATELITE

BOA VISTA 140010 RR 69.317-529

ORTOPEDIA 201561889070005
Eletivo X

MAGDA LUCIA NOLE

HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO

domingo, 12 de abril de 2020

ADMISSÃO - CLÍNICA MÉDICA

Paciente: MARLENE SOUZA SILVA

Data de Nascimento: 29/01/1977

CNS: 703403226324417

Data da Internação Hospitalar: 12/04/2020

Data da Internação no Canarinho: 12/04/2020

Comorbidades: NEGA

Medicações de uso contínuo: NEGA

Cirurgias prévias:

Alergias: DIPIRONA/AINES

Hipótese Diagnóstica: FRATURA MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO E

História da Doença Atual: PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEOLO MEDIAL DE TORNOZELO E.

Ao exame: BEG, vigil, eupneica em ar ambiente, hidratada, normocorada, afebril ao toque.

ACV: RCR, 2T, BNF sem sopros.

AR: MV+ s/ RA.

ABD: Plano, RHA+, normotimpânico, indolor à palpação.

CD: SUPORTE CLÍNICO.


Dra. Janaina Bezerra Magalhães
Médica
CRM/RN 1967



De modo informado, a intenção é fornecer, agora, o seu Documento, e
este apresenta todos os dados da OAB, assim como informam. Apesar
de ter sido apresentado, anteriormente, a este endereço, não se sabe
exatamente qual o motivo de não ter sido aceito. Aquele que apresentou
o documento é Dr. Estevão, e pertence ao, Núcleo de Defesa do Meio Ambiente
do Rio, São Paulo, e é administrado o Dr. Silveira.


Divaldo Peixoto Silveira
CONFERIR PESO EM 100



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE		MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO		FX DE MALÉOLO MEDIAL E TNZ E			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	22	DATA	13/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN				SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
8	OMEPRAZOL 40MG 1X DIA EM JEJUM				8
12	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H				12/12/2020
13	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTIÑA
14					
15					
16					
17					Dr. Bruno Vieira CRM 100000
19					17 ABR 2020
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
23					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CIRURGIA MARCADA PARA DIA 17/04/20 A TARDE

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	142 X 70	90		36°	
12 H	118/122	82		36	
18 H	100 X 60	80		36.1°	
24 H	110 X 70	85		36°	

18H paciente no leito, orientado SSVV,
realizado cuidado dos ferimentos.

Edmar de Almeida Matos
Técnico Enf.
COREN-RR 907672-TÉC

ECG



23
22



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

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: Manoel Souza Silva

Idade: 43

Leito: 22

ACRE SERÁ SUBMETIDA À CIRURGIA ORTOPÉDICA
NO FX DE TIZ (6).

SOU CITO NESTA CIRURGIA
GRATO!

segunda-feira, 13 de abril de 2020

Rs

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Lael do Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-1015

Resposta:

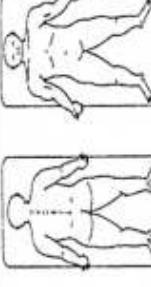
Anal. Fc um anexo

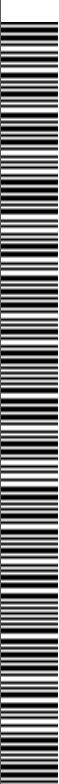
4/34/2020

Lais Amélia Moura de Oliveira
Clínica Médica / Cardiologia
CRM-RR-1550

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Protocolo de Enfermagem		Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –		Paciente: Leito: 22 HGR	Carlene Souza Silva		

Localização		Região: M1E	Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascula <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascula <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascula <input type="checkbox"/> Trauma : <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <input checked="" type="checkbox"/> Diário
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Márcia de Paula N. Viana Auxiliar de Enfermagem CREF/RR 440.763	Jucieline Moreira Auxiliar de Enfermagem CREF/RR 453.554	Gonçalo Gontijo Cirurgião-Dentista CREF/RR 578-ENF CRM/RR 488-578-ENF Coren-RR
Observações:	() _____		





HOSPITAL DE RORAIMA
UNIVERSIDADE FEDERACAO DE RORAIMA

Paciente: Marlene Souza Silva

Sexo: Feminino

Nasc: 29/01/1977

Idade: 43 ANO

Solicitação: 20173927

Número Interno:

Solicitante:

Origem: CAN

Setor: CANARINHO ENFERMARIA 02

Leito: 22

Data de Emissão: 13/04/2020 13:20

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2017392703

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

Resultado

Referência

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	11.02 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	60.80 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	30.50 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	8.10 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	0.40 %	0.5 - 5.0 %
ASÓFILOS	0.20 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3.48 x10⁶/uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	12.50 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	35.00 %	35.0 - 45.0 %
VCM	100.50 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	35.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	35.70 g/dL	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	11.90 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	50.30 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	162.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.30 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.10	9.0 - 17.0
CT	0.151 %	1.08 - 2.82 %

Sumaika Lima dos Reis
Bioquímico
CRF-RR 465

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

04/05/2020 06:34

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Av. Presidente Dutra, 2121 - 66400-000
E-mail: hgr@rrb.br

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU





Paciente: Marlene Souza Silva	Sexo: Feminino	Nasc: 29/01/1977	Idade: 43 ANO
Solicitação: 20173927	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: CAN		Setor: CANARINHO ENFERMARIA 02	Leito: 22
Data de Emissão: 13/04/2020 13:20		Recebimento:	

Resultado de Exame

Amostra: 2017392702

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0.69 mg/dL

Referência

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas. O uso recente de dipirona podem interferir nos níveis de creatinina dosada pelo método Enzimático.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

92.46 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado

22.78 U/L

Referência

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

TGP

Resultado

8.63 U/L

Referência

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

16.50 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

19.33 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L


Helcimara S. Pachêco
Bioquímica
CRF- 220 - RR

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizinho de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

04/05/2020 06:35

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
Av. 05, 2.121 - 66400-000
E-mail: hgr@hgr.ror.br
Av. Bigadiça - Eduardo Gomes, 2306 -
Aeroporto

NÓCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO DE APTERAPIA E DE ENFERMAGEM

Paciente: Marlene Souza Silva	Sexo: Feminino	Nasc: 29/01/1977	Idade: 43 ANO
Solicitação: 20173927	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: CAN		Setor: CANARINHO ENFERMARIA 02	Leito: 22
Data de Emissão: 13/04/2020 13:20		Recebimento:	

Resultado de Exame

Amostra: 2017392701

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	14,10 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	1,01	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	27.0 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	0,99	0.75 - 1.22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.


Sumaika Lima dos Reis
Bioquímico
CRF-RR 465

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cizino de Paiva - Responsável Técnico - CRF - RR 160

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

04/05/2020 06:35

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
06651-2121-0640
E-mail: mgmglab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -
Aeroporto

NUCLEO DE LABORATORIO
DO HGR

SESAU

GOVERNO
DE RORAIMA

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		E	DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA				
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ		
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	DM2	
IDADE		LEITO	22	DATA 14/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM			ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			12/18/6h
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H			12/18/6h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN			SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H			ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO			Ramona
11				
12	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H			12 24 16 22
13				
14				
15				
16				
17				
19				
20				
22				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI: 251-300. 4UI: 301-350. GUI: 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x80	66	20	36,5°C	
12 H	130/90	72		36,5°C	
18 H	110x70	67		36,1°C	
24 H	110x80	69	19	36,3°C	

Joao Santos da Silva
Médico em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

17/04/2020
Paciente no leito
medicado e fm l sem inter-
corrência e segui os cuidados
de enfermagem

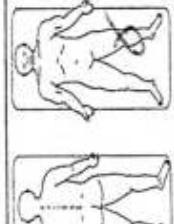
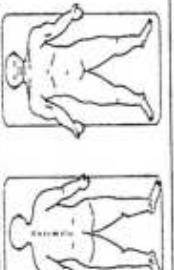
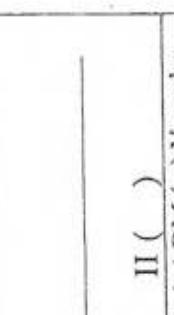
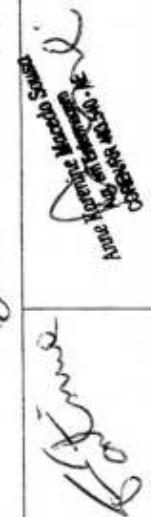
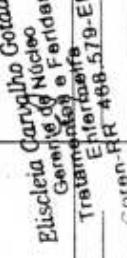
VBS: Às ob:ca a paciente no leito
medicado e fm l sem inter-
corrência e segui os cuidados
de enfermagem

Joao Alves Souza Barbosa Filho
Assessor de Enfermagem
03426-000 461-072

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F					
Data: <u>24/04/2020</u>		Enfermaria: <u>02</u>		Leito: <u>22</u>	
Nome Completo: <u>Marlene Souza Silva</u>			DN: <u>2910177</u>		
Hipótese Diagnóstica:					
Precução: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): <u>Dipirone / Diclofenaco</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Paciente Indígena: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma: Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida:					
SISTEMA NEUROLOGO					
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações: PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Alterações: SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual:					
SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Fisiiforme <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Exame Físico: Bulhas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pauso: <input type="checkbox"/> Alterações: SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uropen <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Irrigação contínua: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia					
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Alterações: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Fatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Edema Local: <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Sinalizado:					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS					
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <u>MSD</u> Data: <u>12.04.2020</u> Trocar em: <u>_____</u> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <u>_____</u> Curativo realizado em: <u>_____</u> Trocar em: <u>_____</u> Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dreno de: <u>_____</u> Aspecto da secreção: <u>_____</u> Quantidade: <u>_____</u> Curativos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <u>MI</u>					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Quedas <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Deficit no autocuidado para Higiene					
Escala de Morse					
1. Histórico de Queda <u>6. Estado Mental</u> <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas Não <u>0</u> Orientado/limitado/conhece as limitações <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação Sim <u>25</u> Superestima capacidade/Esquece limitação <u>15</u> <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene 2. Diagnóstico Secundário <u>TOTAL:</u> <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama Não <u>0</u> Risco Baixo: <u>0 - 24</u> <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas Sim <u>15</u> Risco Médio: <u>25 - 44</u> <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado <u>Risco Alto:</u> Maior que <u>45</u> <input type="checkbox"/> Manter vigilância de <u>_____</u> horas. Não <u>0</u> Sinalização do Risco: <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés Sim <u>20</u> <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão 4. Auxílio na Deambulação <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito <input type="checkbox"/>					
Prescrição de Cuidado Prev Quedas					
Nenhum/Acamado/Auxiliado <u>0</u> <input type="checkbox"/> Muleta/Bengala/Andador <u>15</u> <input type="checkbox"/> Mobiliário Parede <u>30</u> <input type="checkbox"/> 5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado <u>0</u> <input type="checkbox"/> Fraca <u>10</u> <input type="checkbox"/> Comprometida/Cambaleante <u>20</u> <input type="checkbox"/>					
Registro Geral:					
<u>_____</u> <u>_____</u> <u>_____</u>					
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____					

Evolução do Curativo

 HGR Hospital Regional	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Manoel de Souza</u>	Leito: <u>22</u>	Data: <u>14/10/2020</u>	

Localização		Região: <u>M16</u>	Região: _____
Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>	Região: _____
JLPP III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular Trauma: <input type="checkbox"/> Trafão <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia Outro: _____		JLPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular Trauma: <input type="checkbox"/> Trafão <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia Outro: _____	
Etiologia	<input type="checkbox"/> Necrose; Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Necrose; Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input checked="" type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:			 Eduardo Gólio Gólio Enfermeiro de Núcleo Geriatria e Feridas Tratamento de feridas E-mail: RR 468-579-ENF Caren RR
Observações:			



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO FX MALEOLO MEDIAL ESQ					
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	DM2		
IDADE		LEITO	22	DATA	15/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				22-28 246
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				22-29
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				M
11					t
12	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H				10-22
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250, 2UI, 251-300, 4UI, 301-350 GUI: 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML EVOLUÇÃO: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	122X69	80		36,2	
12 H	118/72	82		36	
18 H	140/80	76		35,4	
24 H	133X84	72		36,2	

Dr. Laelio Santos da Silva
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

Planteio metálico feito.
Fazendo osteosíntese realizada
SSVV e medições de cicatriz.
8h. Administrado medrox
500 mg e.p.m. Ainda SSVV
que irá unir os ossos.

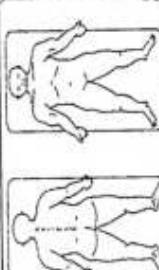
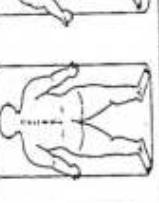
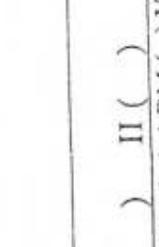
Assinatura: *João Alves Barbosa Filho*
Técnica de Enfermagem
CRN: 64997-TE

Plantão noturno: administrado medrox
e esteroides SSVV.



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <i>Marlene Souza Siqueira</i> Leito: <i>22</i> Data: <i>15/10/2020</i>					

Localização		Região: <i>M1E</i>		Região: _____		Região: _____
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u>	<input type="checkbox"/> Grau: I () II ()	<input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () Trauma : <u>Tração</u>	<input type="checkbox"/> Grau: I () II ()	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () Trauma : <u>Fixador Externo</u>	<input type="checkbox"/> DM () Vascular
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Anarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Granulação () Epiteliação () Outro:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Granulação () Epiteliação () Outro:	<input type="checkbox"/> Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda	<input type="checkbox"/> DM () Vascular
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Serossanguíneo () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Serossanguíneo () Seco	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido	<input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado	<input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2%	<input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2%	<input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Outro: <i>AGC</i>	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	<input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Álcool 70%
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12	<input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Marlene Souza Siqueira</i>	<i>15/10/2020</i>	<i>15/10/2020</i>	<i>15/10/2020</i>	<i>15/10/2020</i>	<i>15/10/2020</i>
Observações:	<i>Curativo feito em 15/10/2020</i>					



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE		MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS		DM2	
IDADE		LEITO	22	DATA	16/4/2020
ÍTEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24,6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				11
11	Dose: 10mg EV & g10t (6N)				12
12					13
13					14
14					15
15					16
16					17
17					18
18					19
19					20
20					21
21					22
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:					

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP		1º dia de SINTOMAS desde o dia 01/08/2015 CMR-AR 2015
6 H						
12 H	110x70	80		36,00		
18 H						
24 H	120x70	82		36,40		

16/04, 12.00, LOTE: ACANALOS, NR 02
DIETA ~~W~~ SCOTTI AVP ① em
USO M5 ①: DURANTE E ENQUANTO
MOVIMENTO: TEVE MUSE E
WANITA FERIN PLTSIL 01202.
Jetro Nunes
COREN/RR 218.845

184 pot no leito, admissoes
medicas de Horizonte CRM.
AS 06W. Edmar de Almeida Matus
Fisioterapeuta Enf.
COREN-RR 907672-TEC
PA-100X60- 86
T- 36.6 °C

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

Data: 16/04/2020

Enfermaria:

Leito: 22

Nome Completo: Martene Souza Silva

DN: 1/1

Hipótese Diagnóstica: Fratura Malleolo Esg.

Precaução: Sim Não Padrão Contato Goticula - aerosol Goticula - perdigotos

Alergia: Sim Não Qual (is): F M

paciente Indígena: Não Sim Necessidade de Intérprete? Sim Não Qual idioma:

Possui acompanhante: Sim Não Obs:

Deambulação: Normal Acamado Cadeira de rodas Comprometida:

SISTEMA NEUROLOGO

Consciente Orientado Desorientado Agitado Não Reage Alterações:

PUPILAS

<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Alterações:
--	---

SISTEMA RESPIRATÓRIO

<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual:
--	--

SISTEMA CARDIOVASCULAR

<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso	<input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filitiforme <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
---	---

Exame Físico: Bulhas Cardiacas: Pulso: Alterações:

REGULAÇÃO TÉRMICA

<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso
--	--

Acetação da dieta: Sim Não Parcial Ausente

Evacuações: Presente Ausente Colostomia

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uropen <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso
--	---

Irrigação contínua: Outros: Ruidos Hidroaéreos: Presente Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE

<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT	<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso
--	---

Lesão por pressão: Sim Não Alterações: Ausente

CURA/ABERTURA

<input type="checkbox"/> Curativos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Edema Local: <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Curador: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Focos: <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Trocar em: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Quantidade: <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> /
---	--	--

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: Sim Não Local: MSD Data: 16.04.2020 Trocar em: / / /

Cateter Central: Sim Não Local: — Curativo realizado em: — Trocar em: / / /

Sinais de Infecção no sítio da punção: Sim Não

Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: / /

Curativos: Sim Não Local: MJE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	<input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	<input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação

2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	<input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	<input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas.
Não	0 Sinalização do Risco:	<input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés
Sim	20 <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	<input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão

4. Auxílio na Deambulação	<input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito	<input type="checkbox"/>
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0	
Muleta/Bengala/Andador	15	
Mobiliário Parede	30	

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



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

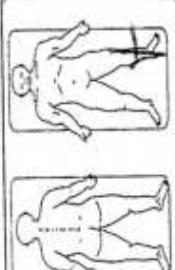
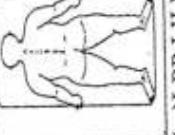
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
<input type="checkbox"/> Orientar presença de acompanhante <input type="checkbox"/> Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado	12 18 24 06
<input type="checkbox"/> Afetar e registrar os sinais vitais <input type="checkbox"/> Administrar medicações prescritas	
<input type="checkbox"/> Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação <input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada	
<input type="checkbox"/> Verificar saturação de O ₂ <input type="checkbox"/> Observar e anotar características da dor	
<input type="checkbox"/> Aplicar compressas () frias () mornas <input type="checkbox"/> Observar e anotar edemas	
<input type="checkbox"/> Observar e anotar estado de consciência <input type="checkbox"/> Verificar temperatura axilar	
<input type="checkbox"/> Observar e anotar padrão respiratório <input type="checkbox"/> Observar sinais de cianose	
<input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada a _____ graus. <input type="checkbox"/> Verificar e registrar glicemia _____ / h	
<input type="checkbox"/> Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
Prevenção de Lesão por Pressão	
<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de _____ em _____ h	
<input type="checkbox"/> Observar integridade da pele	
<input type="checkbox"/> Troca de Fralda	
<input type="checkbox"/>	

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO	PERÍODO MATUTINO	PERÍODO VESPERTINO	PERÍODO NOTURNO
ASS: _____	ASS: _____	ASS: _____	ASS: _____
<p><i>PF Paciente encontra-se em repouso no leito, refere gd apreensão e ansia. Pj: manha: no momento, aceitando a dieta.</i></p> <p><i>Dor em ida.</i></p> <p><i>Ramilda S. Bastos</i> Enfermeira COREN 622396-ENF</p>		<p><i>PF Paciente encontra-se em repouso no leito, refere gd apreensão e ansia. Pj: manha: no momento, aceitando a dieta.</i></p> <p><i>Dor em ida.</i></p> <p><i>Ramilda S. Bastos</i> Enfermeira COREN 622396-ENF</p>	



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Tratamento de Feridas – HGR	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <u>João Pedro. Souza Silveira</u> Leito: <u>22</u> , Data: <u>46/04/20</u>					

Localização	Região:	Região:	Região:	Região:	
	<input checked="" type="checkbox"/> M1 E		<input checked="" type="checkbox"/> II (X)		<input checked="" type="checkbox"/> II (X)
	Grau: I <input type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/>	Grau: I <input type="checkbox"/>	
	Grau: II <input type="checkbox"/>	Grau: II <input type="checkbox"/>	Grau: II <input type="checkbox"/>	Grau: II <input type="checkbox"/>	
	Grau: III <input type="checkbox"/>	Grau: III <input type="checkbox"/>	Grau: III <input type="checkbox"/>	Grau: III <input type="checkbox"/>	
	Grau: IV <input type="checkbox"/>	Grau: IV <input type="checkbox"/>	Grau: IV <input type="checkbox"/>	Grau: IV <input type="checkbox"/>	
	?	?	?	?	
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Aparência do Leito	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Púrulento () Seroso () Sangüinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Púrulento () Seroso () Sangüinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Púrulento () Seroso () Sangüinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	() Púrulento () Seroso () Sangüinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	() Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> () Outro: <u>AQ</u>	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> () Outro: <u>AQ</u>	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> () Outro:	
Cobertura primária	() Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>AQ</u>	() Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>AQ</u>	() Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	() 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem CONTEÚDO: 440.750	<u>Juliane Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem CONTEÚDO: 440.750	<u>Bisclieleide</u> Enfermeira Gabinete de Feridas Tratamentos e Férulas Enfermagem 480.579-ENF Coton-RR	<u>Bisclieleide</u> Enfermeira Gabinete de Feridas Tratamentos e Férulas Enfermagem 480.579-ENF Coton-RR	
Observações:					



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO FX MALEOLO MEDIAL ESQ					
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	N	DM2	N
IDADE		LEITO	22	DATA	17/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24 6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				m
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					Dr. Bruno Vieira de Lima
19					Médico Residente
20					Ortopedia e Traumatologia
22					CRM-RR 1231

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:

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100-150	60		36,8	
12 H	139X91	85		35,8°C	
18 H	112X90			35,6°C	
24 H	100-160	72		36,2	

12h Pct. segue no leito, sem queixas algícas, item ⑤, não adminis-
trando, o período SSVV, segue dos cuidados

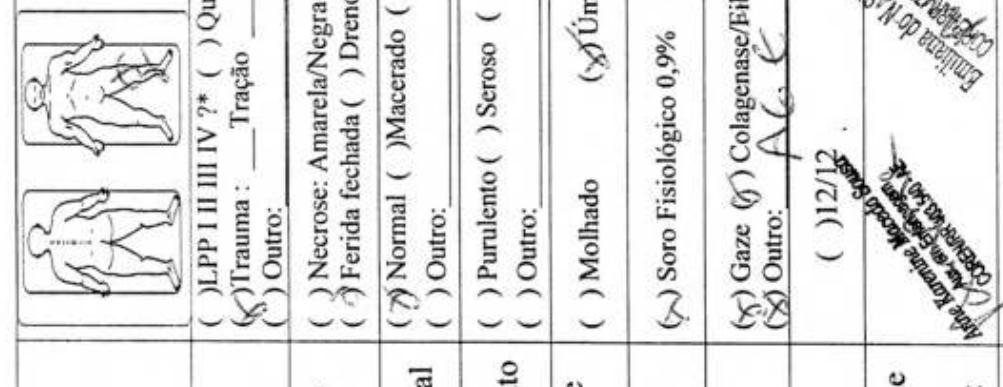
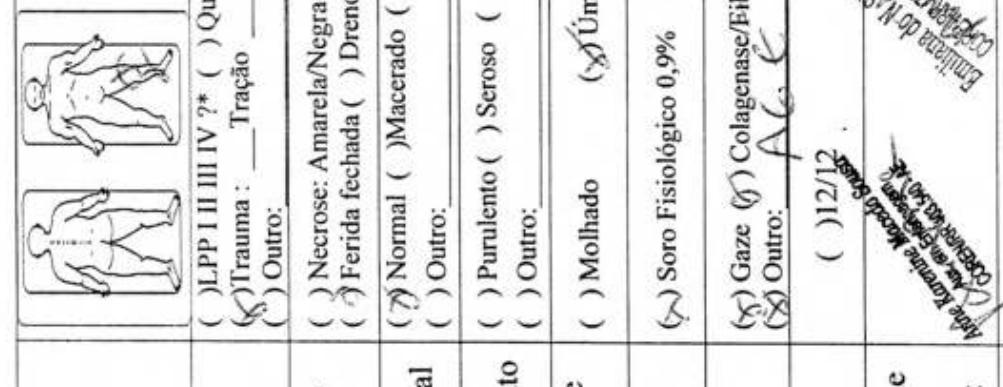
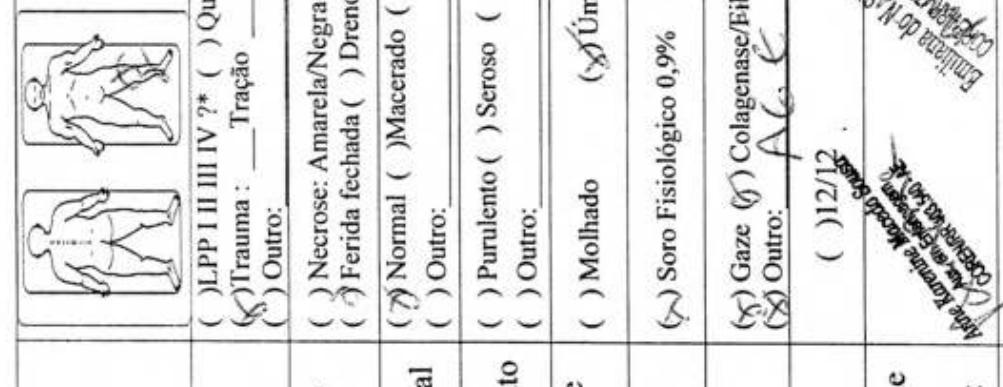
Abelio SSVV segue os cuidados

Manhã 13h Vida normalmente. Sintomas de náuseas e dores

EVOLUÇÃO DO CUPATIVO

Nome do Paciente:	Leônio de Freitas -
HGR	

Paciente:	Leônio de Freitas -
Leito:	22
Data:	17/10/2020

Localização	Região:	Região:	Região:
<input checked="" type="checkbox"/> LPP I III IV V*	<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I () II ()	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I III IV V*	<input checked="" type="checkbox"/> Grau: I () II ()
<input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Fixador Externo (Ortopedia)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Fixador Externo (Ortopedia)</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
<input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Outro:
<input checked="" type="checkbox"/> Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Serosa () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () Seca () Eritema / Rubor	<input checked="" type="checkbox"/> Serosa () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
<input checked="" type="checkbox"/> Pele Penilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Macerado () Seca () Eritema / Rubor	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
<input checked="" type="checkbox"/> Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado () Úmido () Seco
<input checked="" type="checkbox"/> Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2%	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2%
<input checked="" type="checkbox"/> Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
<input checked="" type="checkbox"/> Troca	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48h	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48h	<input checked="" type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48h
Profissional que realizou procedimento:			
Observações:			



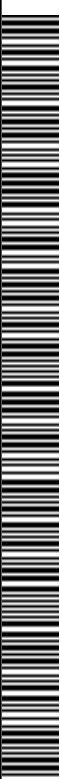
(22)

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	18/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6 ¹
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12/18/24/6 ²
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
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:					
CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ					

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x70	92	20	36,6	
12 H	110x80	89	21	36,5	
18 H	110x60	115	20	36,5	
24 H	100x80	77	19	36,3	

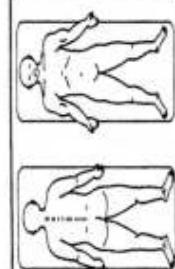
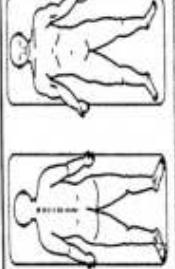
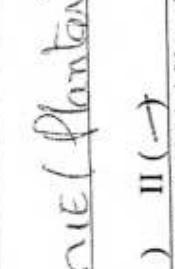
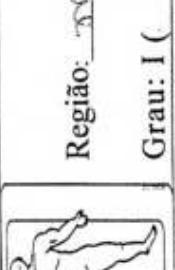
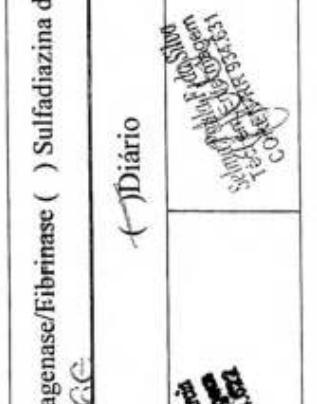
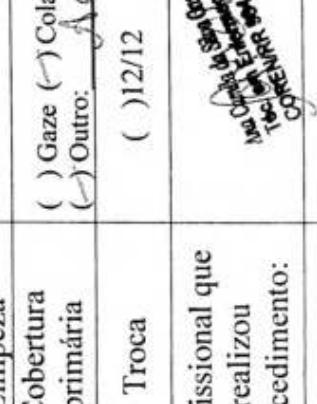
Dr. Lael do Santos da Sil
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
06-04-2015

VBS: As 08:00 do dia 28/04/20 (09:00) o paciente melito m
licada e Rm 18m ~~intensivista~~ e segue aos cuidados
de Enfermagem ~~intensivista~~
Joana de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 009 451 072



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo n° 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Paciente: <u>João Vitor Salvo</u>		Data: 18/04/2020			
Leito: <u>Q2</u>					

Localização			Região: <u>Tronco</u>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	Região: <u>Tronco (Pantão)</u>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> V* <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u>	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u>	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u>	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Solução de Limpeza	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: <u>AG</u>
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:								
Observações:								



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE		MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	19/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				-6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				22 18-24.6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASSETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

Dr. Bruno Vieira de Lima
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x80	75	-	36,2	
12 H	144/87	75	-	36°C	
18 H	128/79	72	-	37°C	
24 H	130/80	74		36,4	

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE		MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	20/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24 6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					

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:

PENDENTE ECG E RISCO

Pcte r/ orelhas
BEG, ccc com evolução horária.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x70	-	-	36,6	
12 H	130x90	85	-	36,2	
18 H	120x80	88	-	36,6	
24 H	130x80	-	-	36,16	

Dr. Lael do Santos da Sil
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2015

12h Realizada medicação e SSVV matutina c/Pr de
máleolo

18:00h fez SSVV, c/mais a med. com. clínica

06h pôr em repouso no leito, lúcido, orientado; respirando
em ar ambiente, normotensos; funções tiroideas normais
não sintomas

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	21/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				18h
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12/18 24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
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:					

PENDENTE ECG E RISCO

Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015				
Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124				
Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038				
Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231				
SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	125x77	74		36,6°C
12 H	110/79	83		36,3°C
18 H	110/75	77		36,4°C
24 H	123x84	90		36,9°C

19/05/2020 → Paciente mediada CRM, aferido
os ss vvv. Tec: Benivalda

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E	DN		
PACIENTE		MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	22/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23	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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS .

PENDENTE ECG E RISCO

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x70	69		35.79	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	115x93	77		36.2°	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	110x70	84		35.1°	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	120x80	83		36°	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

12:00h - Jalan undolacão C-P-11
35m. ver. pronta

11

Raima Marcela de S. Campello
Tec. Enfermagem
COREN-RR 903.942 - TF.

19:00h: Adm. medicagão
Realizada SSVU/COEN 976694

06h: Aferido SSVU. PDM. as med.
CPM. Sem queixas, segue curs
criadores da infecção!

CORREN-RR 903.942 - TF.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



HGR Hospital Regional de São Paulo	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <u>WILSON S. S. S.</u> Leito: <u>22</u>	Versão:08 Elaborada: <u>02/2013</u> Data: <u>22/04/2020</u>	Atualizada: <u>12/2018</u>
--	---	--	---	----------------------------



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	23/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H <i>com Pacet 1218246</i>				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				M
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI: 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DU/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS .

PENDENTE ECG E RISCO

SINAIS VITAPA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/28	34	36,2	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	11x8	-	36,0	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	111/70	69	36,0	Dou Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	118/88	36	36,0	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

11. Paciente no leito na ventilação
55/100% gás oxigênio: Rotação.

12. Paciente no leito
fazendo massagem cardíaca
- 55/100% gás oxigênio
ambientes seguros de ressuscitação (99007995)

05:00 Realizada Coleta

J. Ferro
Jaqueline Inácio Ferro
Aux. de Enfermagem
COREN-RR 556.273

23 das 1905 o fígado
foi Administrado
20 medicamento
de Horácio, Henrique
Sinalis vitais.

Raimunda L. de Souza
COREN-RR 50.842-17



AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



NOME: Marlene Souza Bile

IDADE: 43 anos



FATORES DE RISCO		PTS
Idade acima de 70 anos		5
IAM há menos de 6 meses		10
B3 ou Estase Jugular		11
Importante Estenose Aórtica		3
Eletrocardiograma:		7
- Ritmo não sinusal ou ESSV		()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia		()
Estado geral e laboratorial:		3
- $\text{PO}_2 < 60$ ou $\text{PCO}_2 > 50$		()
- $\text{K} < 3$ mEq/L		()
- $\text{HCO}_3 < 20$ mEq/L		()
- Uréia > 100 mg/dl ou Creatinina > 3 mg/dl		()
- AST anormal		()
- Paciente acamado por causa não cardíaca		()
Cirurgia Intraperitoneal, Intratorácica ou Aórtica		3
Cirurgia de Emergência		4

CLASSE	RISCO DE COMPLICAÇÃO	RISCO DE ÓBITO
I (0-5pts)	0,7%	0,2%
II (6-12pts)	5,0%	2,0%
III (13-24pts)	11%	17%
IV (>25pts)	22%	56%

H.D.A.:

H.P.P.: high HPS on DM

Cirurgias prévias: legras dura. Reflex alterado à depilação

H.FAM.: 5

Tabagismo: 1 Etilismo: 1

Exame físico: negativo

A.C.: RR SK BWF H-1000G

PA: 120 x 80 mmHg FC: 72 bpm FR: 12 ipm

Exames Laboratoriais:

- Hb 11.5 g/dl; Ht 35 %; Leucócitos 11.000 PLT 363.000;

- TC - TS - TAP 34" INR 5.0

- Glicose: 94 Uréia: 36 Creat: 0,6 TGO: 33 TGP: 6

Radiografia de Tórax: negativo

ECG: PSVT N

Comentários: Admiração

Boa Vista/RR. 31/01/2020

Luis Amélia Mound de Oliveira
Clínica Médica Cardiologia
CRM-SP 10000
Assinatura

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO FX MALEOLO MEDIAL ESQ					
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	25/4/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H C/ paciente.				12 18 24 6
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASERONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTA
10	CURATIVO DIÁRIO				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23	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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

PENDENTE ECG E RISCO

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H				35.9°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H	120/88	95		35.9°C	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H	99/67	79		36.0°C	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H	130/90	81		35.7°C	

15:00 Paciente reúsa colocação de AVP e item de medicacão 5, por
esta nem dor. Tcc Marlene ..

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	26/4/2020
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				8*
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	130/70	83		36,2	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	140/97	84		36,1	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	131/74	80		36,4	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	130/70	75		36,1	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

Paciente no leito, Estável sem queixas afebril, ssvv e sgnas
ao exames da enfermagem

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	26/4/2020
ITEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12.1824 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

Evolução MÉDICA:

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 ≥ 90% 40 mL EV + AVISAR PLANTONISTA

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130/80	90		36.2
12 H	120/80	82		35.9
18 H	120/80	78		35.8
24 H	100/60	64		36.0

João G. M. Araújo
Técnico de Enfermagem
Tecm Enfermagem
Tecm Enfermagem

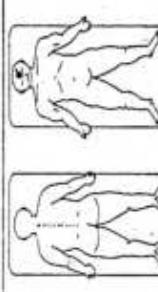
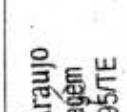
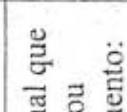
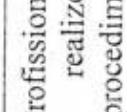
12.00h. Foi feito SSUU, adm. a med. CPM.

18h. Administrados medicos
2 p.m. Ajerido SSUU, segue iws
medicos:

Jaqueline Souza de Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 54997-TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 HGR Tratamento de Feridas - HGR	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo 1	Versão:08
	Paciente:	Mayara Souza	Elaborada: 02/2013
	Leito:	2.22	Data: 27/04/2020

Localização			Região: <i>Abd</i>	Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP II III IV?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> LPP II III IV?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro:
Pele Perilesional	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro:
Profissional que realizou procedimento:	Adonil Vieira Araujo Técnico em Enfermagem COREN-RR 507.795-TE		      	
Observações:				



22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO FX MALEOLO MEDIAL ESQ					
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	28/4/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23	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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	110/70	82		36,6
18 H	111/70	09		36,4
24 H	133/78	78		36,4

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1031

12/10/2020
paciente no seu
fim muito
- ss/ma (Assinatura)

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F																										
Data: <u>28/04/2020</u>		Enfermaria: <u>02</u>		Leito: <u>22</u>																						
Nome Completo: <u>Marlene Sousa Silveira</u>			DN: <u>111</u>																							
Hipótese Diagnóstica:																										
Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Goticula - aerosol <input type="checkbox"/> Goticula - perdigotos Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): <u>Dipirona / Diclofenaco</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Paciente Indígena: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma: Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Comprometida:																										
SISTEMA NEUROLOGO																										
✓ Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterações: PUPILAS ✓ Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriática <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Não reagentes <input type="checkbox"/> Alterações:																										
SISTEMA RESPIRATÓRIO																										
✓ Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração Oxigenoterapia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual:																										
SISTEMA CARDIOVASCULAR																										
✓ Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arrítmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Exame Físico: Bulhas Cardiacas: <input type="checkbox"/> Pulso: <input type="checkbox"/> Alterações:																										
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																										
✓ Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> Uropen <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Irrigação contínua: <input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Coleostomia																										
CARACTERÍSTICAS DA PELE																										
✓ Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Edema Local: <input type="checkbox"/> Risco de Lesão Sinalizado: Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Região:																										
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS																										
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <input checked="" type="checkbox"/> Acesso Data: <u>22</u> Trocar em: <u>11/11/11</u> Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <u>22</u> Curativo realizado em: <u>22</u> Trocar em: <u>11/11/11</u> Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aspecto da secreção: <u>22</u> Quantidade: <u>22</u> Dreno de: <u>22</u> Curativos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: <u>MIE</u>																										
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de infecção</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de Quedas</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de constipação</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Comunicação deficiente</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</td> <td style="width: 33%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas	<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente	<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado		<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	
<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão																								
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas																								
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração																								
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada																								
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente																								
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado																									
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene																									
Escala de Morse																										
1. Histórico de Queda <u>0</u> 6. Estado Mental <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas Não <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação Sim <u>25</u> Superestima capacidade/Esquece limitação <u>15</u> <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene 2. Diagnóstico Secundário TOTAL: <u>0</u> <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama Não <u>0</u> Risco Baixo: <u>0 - 24</u> <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas Sim <u>15</u> Risco Médio: <u>25 - 44</u> <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Risco Alto: <u>Maior que 45</u> <input type="checkbox"/> Manter vigilância de <u>1</u> horas Não <u>0</u> Sinalização do Risco: <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés Sim <u>20</u> <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão 4. Auxílio na Deambulação <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito <input type="checkbox"/>																										
Prescrição de Cuidado Prev Quedas																										
Nenhum/Acamado/Auxiliado <u>0</u> <input type="checkbox"/> Muleta/Bengala/Andador <u>15</u> <input type="checkbox"/> Mobilório Parede <u>30</u> <input type="checkbox"/> 5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado <u>0</u> <input type="checkbox"/> Fraca <u>10</u> <input type="checkbox"/> Comprometida/Cambaleante <u>20</u> <input type="checkbox"/>																										
Registro Geral:																										
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																										
Enfermeiro Assinatura e Carimbo:																										

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PREScriÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E	DN		
PACIENTE		MARLENE SOUZA SILVA			
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	29/4/2020
ÍTEM	PREScriÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(6) <i>Manter</i>
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				<i>22/18/24 08h</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>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</p>					

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100/70	75	17	36.2	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	114/76	70	-	36°C	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	116/79	71	-	35.8	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	100/70	64	17	36.5	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

061000 paciente no leito, refere algie moderada, administração de medicamentos c/2h, exceto item (4) paciente realizou per puncionador. Sigue as anotações da enfermagem. tcc *meia*.

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO FX MALEOLO MEDIAL ESQ					
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES		HAS	NÃO	DM2
IDADE			LEITO	22	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	140x84	75		36°c	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	120x78	71		36,7°c	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	120x80	72		36,0	Denil Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	130x90	70		36,0	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

12h - SP. IT. no leito, sem queixas algicas, aferido 36°c usg amarelo

Pronto atendimento - pronto atendimento seu endereço

1º Período SSVV, segue os cuidados da enfermagem.

Francenilde R. M.
COREN - RR 25.761

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

Data: 30/04/2020 Enfermaria: 02 Leito: 22

Nome Completo: Marlene Sousa Silva DN: 1/1

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: Sim Não Padrão Contato Goticula - aerosol Goticula - perdigotos

Alergia: Sim Não Qual(is): Dipirona / Diclofene Sexo: F M

Paciente Indígena: Não Sim Necessidade de Intérprete? Sim Não Qual idioma:

Possui acompanhante: Sim Não Obs:

Deambulação: Normal Acamado Cadeira de rodas Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Não Reage	<input type="checkbox"/> Alterações:
PUPILAS			REGULAÇÃO TÉRMICA		
<input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriática	<input checked="" type="checkbox"/> Afibril	<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Hipertérmico
<input type="checkbox"/> Isocôricas	<input type="checkbox"/> Anisocôricas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Alterações:		

SISTEMA RESPIRATÓRIO

<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente	<input type="checkbox"/> Traqueostomia	<input type="checkbox"/> Aspiração
Oxigenoterapia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:			

SISTEMA CARDIOVASCULAR

<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Globoso	
<input type="checkbox"/> Pulso Cheio	<input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Arritmico	Ruidos Hidroaéreos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Exame Físico:	Bulhas Cardiacas:	Pulso:	Alterações:			

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Fralda	<input type="checkbox"/> Uropen	<input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNG/SOG	<input type="checkbox"/> SNE/SOE	<input type="checkbox"/> GTT
<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Cistostomia	<input type="checkbox"/> Cistostomia	Aceitação da dieta:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcial
<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	<input type="checkbox"/> Outros:			Evacuações:	<input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colostomia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Flatos:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Edema Local:			
Lesão por pressão:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Região:	Risco de Lesão Sinalizado:		

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: <u>SI acesso</u>	Data: <u> </u>	Trocárem: <u> / / </u>
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: <u> </u>	Curativo realizado em: <u> </u>	Trocárem: <u> / / </u>
Sinais de Infecção no sítio da punção:		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Dreno de:	<u> </u>	Aspecto da secreção:	<u> </u>	Quantidade: <u> </u>
Curativos:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: <u>MSE</u>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz	<input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Quedas
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene	

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	<input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas
Não	0 Orientado/limitado/conhece as limitações	<input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação
Sim	25 Superestima capacidade/Esquece limitação	<input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	<input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Não	0 Risco Baixo: 0 - 24	<input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas
Sim	15 Risco Médio: 25 - 44	<input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	<input type="checkbox"/> Manter vigilância de <u> </u> horas.
Não	Sinalização do Risco:	<input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés
Sim	20 () Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	<input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	<input type="checkbox"/>

Nenhum/Acamado/Auxiliado 0

Muleta/Bengala/Andador 15

Mobiliário Parede 30

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado 0

Fraca 10

Comprometida/Cambaleante 20

Registro Geral:



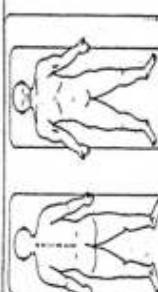
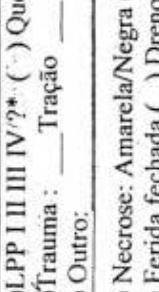
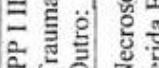
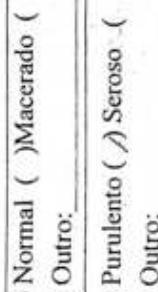
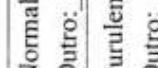
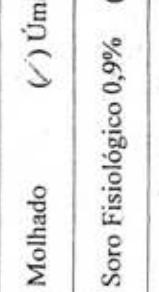
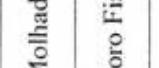
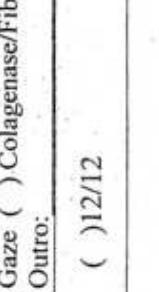
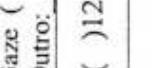
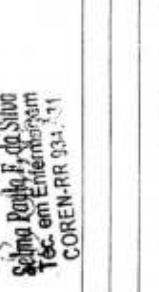
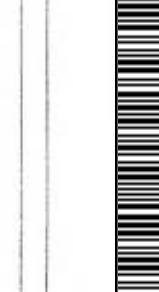
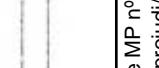
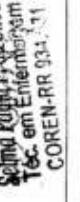
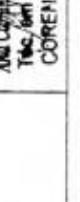
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS ABERTOS

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO			
<input type="checkbox"/>	Orientar presença de acompanhante				
<input type="checkbox"/>	Proporcionar ambiente tranquilo, limpo e arejado				
<input checked="" type="checkbox"/>	Aferir e registrar os sinais vitais	12	18	24	06
<input type="checkbox"/>	Administrar medicamentos prescritas				
<input type="checkbox"/>	Estimular, auxiliar e supervisionar deambulação				
<input type="checkbox"/>	Mantener cabeceira elevada				
<input type="checkbox"/>	Verificar saturação de O ₂				
<input type="checkbox"/>	Observar e anotar características da dor				
<input type="checkbox"/>	Aplicar compressas () frias () mornas				
<input type="checkbox"/>	Observar e anotar edemas				
<input type="checkbox"/>	Observar e anotar estado de consciência				
<input type="checkbox"/>	Verificar temperatura axilar				
<input type="checkbox"/>	Observar e anotar padrão respiratório				
<input type="checkbox"/>	Observar sinais de cianose				
<input type="checkbox"/>	Manter cabeceria elevada a _____ graus.				
<input type="checkbox"/>	Verificar e registrar glicemia _____ / h				
<input type="checkbox"/>	Observar e anotar quantidade e aspecto da diurese				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
Prevenção de Lesão por Pressão					
<input type="checkbox"/>	Realizar mudança de decúbito de _____ em _____ h				
<input type="checkbox"/>	Observar integridade da pele				
<input type="checkbox"/>	Troca de Fralda				
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
PERÍODO MATUTINO	
ASS:	
PERÍODO VESPERTINO	
Paciente no leito forte, seu pressor des.	
PERÍODO NOTURNO	
ASS:	<i>tie - fui - sain</i>

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1 Paciente: <u>João Vilela Serrão da Cunha</u> Leito: <u>22</u>	Versão:08 Data: <u>30/10/2020</u>	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
---	---	--	--------------------------------------	--------------------	--------------------

Localização			Região: <u>Abdômen</u>	Região: _____	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I III IV?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> LPP I III IV?* <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Traction <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	
Solução de Limpesa	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Tec. em Enfermagem COREN-RR 934.022 Data: 08/10/2020	 Tec. em Enfermagem COREN-RR 934.022 Data: 08/10/2020	 Tec. em Enfermagem COREN-RR 934.022 Data: 08/10/2020	 Tec. em Enfermagem COREN-RR 934.022 Data: 08/10/2020	
Observações:					



2 22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	1/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				(6) 5em AM
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 16 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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Stuano Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	123/86	79		35,8
12 H	140/81	69		36,4
18 H	152/74	68		36,4
24 H	120/80	66		36,4

03/10/2020: Verificado SSW + cemidect 2/2020

19/07/2020 - adm. med eprn
referido SSV. Segue
os cuidados da Informagem.

Maria Antonia Costa
Auxiliar de Enfermagem
Cofre N° 249.294



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR Hospital de Ribeirão Preto	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas –	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
		Paciente:	<i>Monique S. S. L.</i>		
	HGR	Leito:	<i>208.03120</i>	Data:	<i>01/05/20</i>

Localização		Região: <u>M.1.C</u>	Região: _____
Etiologia		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V* <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Outro: _____	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V* <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Outro: _____
Aparência do Leito		(<input type="checkbox"/>) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia	(<input type="checkbox"/>) LPP <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V* <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> Outro: _____
Pele Perilesional		(<input type="checkbox"/>) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: _____	(<input type="checkbox"/>) Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Outro: _____
Tipo de Exsudato		(<input type="checkbox"/>) Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	(<input type="checkbox"/>) Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____
Quantidade de Exsudato		(<input type="checkbox"/>) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____	(<input type="checkbox"/>) Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____
Solução de Limpeza		(<input type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____	(<input type="checkbox"/>) Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária		(<input type="checkbox"/>) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	(<input type="checkbox"/>) Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____
Troca		(<input type="checkbox"/>)12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: _____	(<input type="checkbox"/>)12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Outro: _____
Profissional que realizou procedimento:		Maria de <u>Patrícia N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COPLE-RR 449.709	Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COPLE-RR 438.554
Observações:		<u>Patrícia Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COPLE-RR 449.709	<u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COPLE-RR 438.554



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E	DN		
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	2/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
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, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/80	77		36,6	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H	120/80	67	17	36,6	Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H	110/80	71		36,6	Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H	125/83	70		35,6	Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

19-05-27 paciente orientado,
administrado medicamentos
segundo as Unidades de
infração.

Memória Pessoal da Síria
Auxiliar de Enfermagem
00-0000009 AE

53
LJ

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	3/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE, <i>zeno AP 21 22</i>				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV AEM <i>8/8h</i>				AEM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
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:

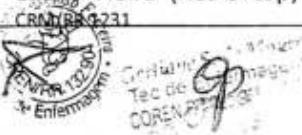
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK			
AG CIRURGIA			
SINAIS VITA/PA	FC	FR	TEMP
6 H			
12 H	<i>120x80</i>	<i>73</i>	<i>36.2</i>
18 H	<i>140x90</i>	<i>79</i>	<i>36.3</i>
24 H	<i>110x70</i>	<i>76</i>	<i>36.3</i>

*Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015*
*Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124*
*Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038*
*Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 2231*

06/10/2020 (10:00) 84 | - | 36.9



Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Marlene Souza Silva</i>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>203403226324417</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Marlene Souza Silva</i>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="checkbox"/> N.º DO TELEFONE <input type="checkbox"/>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <i>BV</i>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>0412</i>		15 - UF <i>PR</i> 16 - CEP <i>84120-000</i>
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<i>Fratura de孟olo Mural (E)</i>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<i>Tumorante Cervical</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>Fratura孟olo Mural</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<i>RX</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura孟olo Mural</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>E7</i>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>005</i>
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>DR. Romulo T. P. 1013</i>		
26 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Clínica</i>	28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CRM</i>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Rogério D. Dalmat</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 32-ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>04/05/2010</i>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE	
34 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0408050578</i>		
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>04/10</i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		<i>5825</i>	



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 04 / 05 / 2020 O.S. _____

Marilene Soárez Gómez

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Quistina de Mandibular Infraorbital (E)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Extrair

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGÃO: Dr. Luciano Oliveira

1º AUXILIAR: Dr. Julian

2º AUXILIAR: Dr. Jannunda

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

DR. FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Documento um DDI modo quirúrgico;
2. AA + CCE;
3. Tumorão obstrutivo nesse sentido mental + dianteiro +
mentíbico + paroxismo de 2 paroxismos em paroxismo conjunti
laco fisiológico + continente endoscópico + LMC + Sutura
+ curativo;
4. A RPA.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Monica Soysa Silveira 43 a PI eletro Sergio Djáneiro
Nº Boa Vista - 1101

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE / HORA - EFEITO															
AGENTES	N 20 02	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45		
LÍQUIDOS VENOSOS	SAL Sobral														
DA X	240														
	220														
ULSO ●	200														
	180														
ANES X	160														
	140														
OP O	120														
	100														
TEMP	100														
	80														
ASPIR. A	60														
	40														
RESP D	20														
	Expir.														
Anest.															
	Contro														
SÍMBOLOS															
AGENTES	DOSSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES												
A	<i>Atropina 0,05 mg e 0,5 mg</i>	<i>glicose: oxiteto; Cozinha</i>	<i>Y monitorização</i> <i>① checagem</i>												
B			<i>② antiséptico Algodão húmido</i> <i>em álcool 70% + pericótil 1/1000</i> <i>1 gr Gua 256 de quirúrgico.</i>												
C			<i>1 ml cônico, m. co, seroso, oleoso</i> <i>líquido claro e sem coagulo</i>												
D			<i>③ sangramento de 15 s.</i>												
E			<i>Bloq. Sáfora 1/2</i>												
F															
G															
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cápsula - Naso / Oro Faringea. Naso / Crural - Cega Snl - Tamp - Calibro do Tubo Bob Máscara Dificuldade Técnica													
NOCD															
SANGUE															
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA													
OPERAÇÃO															
<i>ostossinten Enfermo Molelo M. (E)</i>			Laringo - Espasmo - Excesso Secre. Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito						Hemorragia - Artria Bradí Taquicardia - Choque						
ANESTESIA	Dr. Robson	CÓDIGO	CIRURGÃO	PERDA SANGUÍNEA											
			<i>Dr. Robson Solsas</i>												

Alberto F. M. Herrera
Medicofanestesiologista
CRM 307/RR

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____ Enf: _____ Letra: _____ Serv: _____
Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____ Peso: _____ Alt: _____ Classe: _____ Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____
Diagn: Pre-OP: _____
Cir. Proposta: _____
Pai/ot Avus: _____

Anest. Ant: _____

Alergia: _____

Alcool: _____ Fumo: _____

DROGAS: (Corticóide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, casopressor, IMAO, outros)

Estado Mental: _____ Boca: _____

Pescoco: _____ Veias: _____

RX: _____

Fixos: _____

Hepatograma: _____

Outros: _____

Parecer Clínico: _____

PA: _____ P脉: _____ Temperatura: _____

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Sangue: Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____

Hm: _____ tc: _____ ts: _____ p. Lago: _____

r. Coag: _____ Pg: _____ Ureia: _____

creat: _____ Glic: _____ Na: _____ mEq/l

Cl: _____ mEq/lk: _____ mEq/1pH: _____ pO2: _____

pCO2: _____ BA: _____ BB: _____ BS: _____ BE: _____

URINA: d: _____ pH: _____ glic: _____ Alb: _____

Sedim: _____

Ap. gen. Uri: _____

AP. Resp: _____

AP. Circ: _____

AP. Digit: _____

S. Osteo - Art: _____

S. Nerv: _____

S. Endoc: _____

Est. Fis (ASA): _____ AN. Proposta: _____

NB: _____

Assinatura: _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 09/10/20

Hora: 10:30

PCT em obstru
to colo profundo.
Assinatura: _____

Data: _____ / _____ / _____

Hora: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

ESTABELECIMENTO:		Especialidade:		Procedimento Realizado:		
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Anestesia		Orte assistente prof. Nelson		
Nome do Paciente:		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data	
Marlene Souza Silveira		43	F ()		04/05/2020	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala		Circulante de Sala:	
E	52		04		Ademilton Rappelli	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:						

Dados dos materiais/Serviço

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Rogério

1º AUXILIAR: D. Dalton

INSTRUMENTADOR:

MÉDICO CIRURGIANO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.mr.hrr@mail.com



Clarke Jr. Turf resistance
Casson 1970
over 20%
ultrafine, well mixed NO

lowest cost in marginal cost and
lowest cost in marginal cost

20

and the 15

मन्त्रालय

08/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

DAFNE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica



TRADA
DA

1

CHAVE DE ACESSO

1413 1184 0362 6800 0173 5500 1000 0004 8516 3406 8139

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314130002114633 - 20/11/2013 09:18:02

TIPO DE TRIBUTO

CFOP

84.036.268/0001-73

NOME DO PACIENTE

Wendy

Nota

CIR

		CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
001825	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX32MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001826	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX34MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001827	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX36MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000169	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX40MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001828	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX42MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001829	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX44MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001830	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX46MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001831	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX48MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001832	PARAFUSO ESPONJOSO 3,5MMX50MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000162	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX10MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001756	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX12MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001757	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX14MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001758	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX16MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000163	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX18MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001760	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX20MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001761	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX22MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001763	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX24MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000164	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX26MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001765	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX28MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001766	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX30MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001766	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX35MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001767	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX40MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000166	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX45MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000167	PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MMX50MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	56,0000	3.360,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001768	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X10MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001769	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X12MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001770	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X14MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001771	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X16MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001772	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X18MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001773	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X20MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001774	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X22MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001776	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X24MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001777	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X26MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001779	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X28MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001780	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X30MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001781	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X35MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001783	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X40MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001785	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X45MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001786	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X50MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001787	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X55MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001789	PARAFUSO ESPONJOSO (ROSCA TOTAL) 4,0 X60MM - ORTOSINTSE	90211020	040	5102	UND	60,0000	70,0000	4.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Início da Edição: 01/01/2018 | Fim da Edição: 31/12/2018 | Versão: 1.0 | IP: 10.0.0.1 | Endereço: https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrs.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX6Q ADT77WPASZ 4CX2D

Enfermeiro (a): João Pedroso

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRP

Hora: 8 : 00 Data: 04/10/20

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda	<input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA		<input checked="" type="checkbox"/> 10 12
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	<input checked="" type="checkbox"/> Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA		
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos		
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	<input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia) <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar temperatura e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sínus e sintomas de hiperglicemia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)		<input checked="" type="checkbox"/> 10 12
<input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	<input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções		
<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada Dor aguda	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória)		<input checked="" type="checkbox"/> 10 12
<input checked="" type="checkbox"/> padrão Respiratório Ineficaz Controlar da dor e promover conforto	<input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica <input checked="" type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar		
<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar troca gássica adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica		
<input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle / Ausência de náuseas	<input checked="" type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas <input checked="" type="checkbox"/> Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição		<input checked="" type="checkbox"/> 10 12
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente		<input checked="" type="checkbox"/> 10 12
<input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica	<input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente		
<input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório		

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admitido no SO 04 para ex. bariátrico e não respondeu. Ao término da cir.

Responsável:



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome marlene souza. silva.

Responsável Cirurgião Dra. Silvana | RBC 00000000000000000000000000000000

ENTRADA (Salas Pré Anestésicas)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade

Sítio Cirúrgico

Procedimento

Consentimento

Sim

Não

RISCO CIRÚRGICO

Aplica

Não se Aplica

SÍNITO DEMARCADO

Sim

Não

Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALÉRGIA CONHECIDA

Não

Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO

Não

Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml

Não

Sim, e acesso venoso adequado e planejamento para fluidos

18/10/2020

Assinatura

Data _____

Hora: _____

Hora: _____

Aplica

Não se Aplica

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dra. Fabiana

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

O NOME DO PROCEDIMENTO

Registrado

Não

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

Sim

Não

NÃO SE APLICAM

COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

Sim

Não

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

Sim

Não

O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

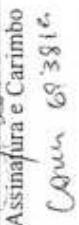
Sim

Não

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim

Não se Aplica


Assinatura e Carimbo
Data: 18/10/2020



* Realizado sobre
medicamentos matutino.

Rasheth Silva Oliveira
Téc de Enfermagem
COREN-RR 051.333

Maria R. Vale Oliveira
Téc Enfermagem
COREN 000664198

M. Priscilla S. Vazquez
Téc Enfermagem
COPISN 000639.005

○ Ponto de medicamento X7

anexo 00

Maria R. Vale Oliveira
Téc Enfermagem
COREN 000664198

Iran R. da Silva
Téc Enfermagem
COREN-RR 003.883

Suzanna Souza Brando
Téc Enfermagem
0629.841 TE

Maria Cláudia Oliveira Costa
Téc. Enfermagem
COREN-RR 449756





Ao Contrário.

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 08/05/2020

PACIENTE: Manoel Sampaio Silveira DN: 1

DIAGNÓSTICOS: Pai - ap. Quatrorze de Julho Mundial (F)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ACAMADO DEAMBULA O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: VIA ORAL SNE OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? SIM NÃO
 AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

01 Manoel Sampaio Silveira (F)

10- EVOLUÇÃO CLINICA:

B66, h07G, com Sua infecção.

Boa Vista, 04 de maio de 2020 Hora: 09:00

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-DF 2002

CRM RR / 3007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Marco Roberto B. de Souza
Diretor Técnico HGR
CRM 1225-DF

CRM /

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
 HC HLI HMI OUTRO Grande

HCR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Marlene Souza Silve CPFnº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR. Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmo que recebi explicações, li, comprehendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 01 de 05 de 2010

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome

CPFnº

Grau de Parentesco:

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____. Hora: _____

Nome Completo:

Assinatura do Médico:

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

CRM _____ /

22

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	5/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H				10 22
12	ALTA HOSPITALAR				
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

*Loamir Viana
Médico Residente
CRM/RR 2124*

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM FRUTALINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-240-240-251-300: 4UI: 301-350:
6UI: 351-400: 8UI: ≥ 400. 10 URE DE GLICOSE ≤ 70 DL/ML.
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA/PA	FC	FR	TEMP		
6 H					Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
12 H					Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
18 H					Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
24 H					Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231

22

* Clínica à DIPIRONA!

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	5/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H				10 22
12					
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS .</p>					
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					

RISCO OK

AG CIRURGIA

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP	Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015
6 H					Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124
12 H					Dan Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038
18 H					Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 1231
24 H					

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		E		DN	
PACIENTE MARLENE SOUZA SILVA					
DIAGNÓSTICO		FX MALEOLO MEDIAL ESQ			
ALERGIAS	DIPIRONA E AINES	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	22	DATA	5/5/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500mL EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	ONDASETRONA 8MG EB 8/8H SN				SN
8	NIFEDIPINO 20MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CURATIVO DIÁRIO				MANHÃ
11	CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H				10 22
12	ALTA HOSPITALAR				
13					
14					
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

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

RISCO OK				
AG CIRURGIA				
SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1231



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **MARLENE SOUZA SILVA** 43 anos
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **12/04/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **FX DE MALÉOLO MEDIAL E TNZ E** E NO DIA
04/05/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR ROGERIO** E P/ DR **0**
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **05/05/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **02 (DUAS)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR ROGERIO**.

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 RAIO X COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.**

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO **DR VILMA JURIO**

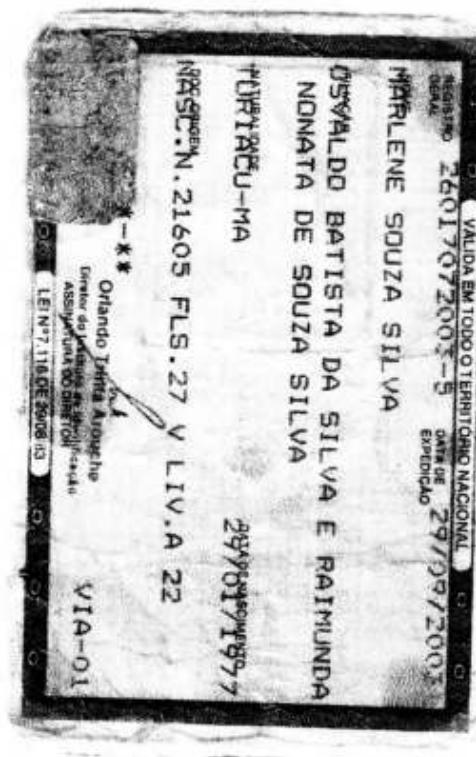
terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
CRM/RR 2124

DR VILMA JURIO
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR
CRM/RR 2124

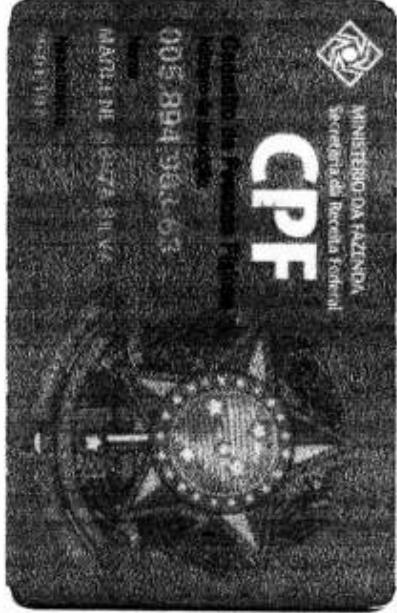






Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX6Q ADT77WPASZ 4CX2D





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJX6Q ADT77 VPASZ 4CX2D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200277208 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLENE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 12/04/2020 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P58 59

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM: P74

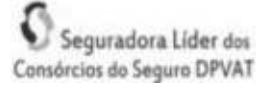
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217612/20

Vítima: MARLENE SOUZA SILVA

CPF: 005.894.983-63

Data do acidente: 12/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARLENE SOUZA SILVA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARLENE SOUZA SILVA : 005.894.983-63

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: 04/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME Marilyn Souza Silva ESTADO CIVIL solteiro
NACIONALIDADE Brasileiro RG 26047012003-5
PROFISSÃO autônomo
CPF 005.894.933-63 ENDEREÇO Av. Pedro I 738
BAIRRO Centro CIDADE Salvador
CEP 69.317-537

VITIMA Marilyn Souza Silva DATA DO ACIDENTE 11/10/2020
CPF 005.894.933-63 (X) INVALIDEZ () MORTE
NATUREZA () DAMS

OUTORGADA:

NOME William Gonçalves Franco
NACIONALIDADE Brasileiro
ESTADO CIVIL casado
PROFISSÃO autônomo ORGÃO EMISSOR SSP - KR
Nº DO RG 239774
DATA DE EMISSÃO 13/09/16
Nº CPF 825.362.343-20
ENDERECO Rua CC 11 294 Centro Morada

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por Marilyn, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

2020 de Maio de 2020

Marilyn Souza Silva
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217612/20

Vítima: MARLENE SOUZA SILVA

CPF: 005.894.983-63

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 12/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARLENE SOUZA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

MARLENE SOUZA SILVA : 005.894.983-63

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: 04/08/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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

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

33.3.0028479-6

ME/ME/PrintarPDF

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 30/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-D73D-4232-B033-7CC99430A9D4



Tipos tributícios

Sociedade anônima

Porto Empresarial

Normal

REQUERIMENTO

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

Código do Ato	Código Evento	Qtd.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
	XXX	XXX	XX

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 sob o NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CF0DE4B56AFADDE5ECFBFFD5CF668740F233E496AFDA80E1F0B

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



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



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.**

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

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

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

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

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

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

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

luis

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 sob o NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



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



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, ratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP 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 (Circular 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 Lider do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas
Página 2 de 3

João Alves Barbosa Filho

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

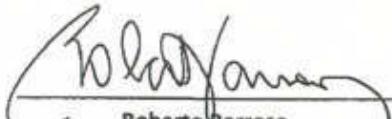


7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA: Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

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.), Nicólas Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017



Roberto Barroso
Presidente



Isabella Maria Azevedo da Cunha
Secretária

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 3 de 3



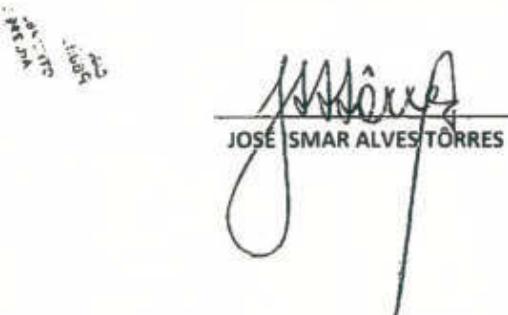
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
DO SEGURO DPVAT S.A.
NIRE nº. 33.3.0028479-6
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017



HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECFBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB6

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





4996507

ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016

"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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 1 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4995508

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, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

Parágrafo Quinto – As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

Parágrafo Sexto – Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

ARTIGO 9º – A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

Parágrafo Primeiro – Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

Parágrafo Segundo – O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

Parágrafo Terceiro – As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284798
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996509

Parágrafo Quarto – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

Parágrafo Quinto – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 10 – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

Parágrafo Primeiro - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

Parágrafo Segundo – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

Parágrafo Terceiro – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

ARTIGO 11 – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

ARTIGO 12 – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

ARTIGO 13 – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

Parágrafo Primeiro – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

Parágrafo Segundo - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo 1 à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 3 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4998510

convocada.

RMW

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 Assembleias 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 4 de 10

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

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



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 alcada 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 alcada 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BFB0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 6 de 10

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: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016


Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996513

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

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 encriturar 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 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 7 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996514

- PN*
- 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 8 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 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: 4BF9A0C88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

mv mv
Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral



4996515

Parágrafo Primeiro – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

Parágrafo Segundo – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS

ARTIGO 24 – O exercício social terá inicio 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 Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796

Protocolo: 0020183575185 - 27/09/2016

CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.

Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895

Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

de março de 1967.

19/11



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 da Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016
Página 10 de 10

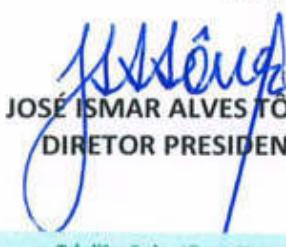
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
Nire: 33300284796
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

Bernardo F. S. Berwanger
Secretário Geral

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.


JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES
DIRETOR PRESIDENTE


HÉLIO BITTON RODRIGUES
DIRETOR

17º Ofício de Notas
DA CAPITAL
Tabelião: Carlos Alberto Fírmio Oliveira
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9800
A D B 2 B 6 9 0
0 B 8 6 7 4
Peconheço por ALTERNATIVAMENTE as firmas dos: **HELIO BITTON RODRIGUES** e
JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES (X00000524453)
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por:
Em testemunho _____ de verdade.
Paulista Cristina A. D. Gaspar
Serventia
TJ-RJ
Total

CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ
Paulista Cristina A. D. Gaspar
1. 3.96
Escrivente
2. 00077 ME
3. CTB 160982 série 00077 ME
4. AGE 20 5 3º Lei 8.986/94



SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A, ALFA SEGURADORA S/A, ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; ANGELUS SEGUROS S/A; ARGO SEGUROS BRASIL S/A; ARUANA SEGUROS S.A.; ASSURANT SEGURADORA S.A; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; AUSTRAL SEGURADORA S/A; AXA CORPORARTE SOLUTIONS SEGUROS S.A, AXA SEGUROS S/A; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; BANESTES SEGUROS S/A; BMG SEGUROS S/A; BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS; BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS; BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CAIXA SEGURADORA S/A; CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A; CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A; CHUBB SEGUROS BRASIL S/A; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL; CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL; CIA EXCELSIOR DE SEGUROS; COMPREV SEGURADORA S/A; COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; ESSOR SEGUROS S/A; FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A; FATOR SEGURADORA S/A; GAZIN SEGUROS S.A.; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; GENTE SEGURADORA S/A; ICATU SEGUROS S/A; INVESTPREV SEGURADORA S/A; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A; J. MALUCELLI SEGURADORA S/A; MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A; MAPFRE VIDA S/A; MBM SEGURADORA S/A; MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A; MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; OMINT SEGUROS S/A; PAN SEGUROS S/A; PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS; PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; POTTENCIAL SEGURADORA S/A; PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A; PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; SABEMI SEGURADORA S/A; SAFRA SEGUROS GERAIS S/A; SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A; SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS; SOMPO SEGUROS S/A, STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.; SUHAI SEGUROS S/A; SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A; UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA; USEBENS SEGUROS S/A; VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; XL SEGUROS BRASIL S/A; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandado**





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; JOSELAINA 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

OAB/RJ 135.132

OAB/RJ 135.132

