

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)

Resizes

Realçar Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

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

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág.

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div></div> 9	08/10/2020 16:39:31	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		<div><div>9.1 Arquivo: Petição</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2755994CONTESTACAO01.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.2 Arquivo: DOCS</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>2755994CONTESTACAOAnexo02.pdf</div><div>Público</div></div> <div><div>9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER</div><div>Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO</div><div>KITSEGURADORALIDER.pdf</div><div>Público</div></div>	
8	02/10/2020 15:12:06	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.	Wallyson Barbosa Moura Advogado
7	24/09/2020 13:22:22	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)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<div></div> 6	24/09/2020 11:08:01	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	23/09/2020 16:14:20	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	23/09/2020 16:14:20	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	23/09/2020 16:14:20	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	23/09/2020 16:14:20	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div></div> 1	23/09/2020 16:14:19	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

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 descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 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 incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 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 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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 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 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

BRADESCO1408202005000000000023700522000000028732168750 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;

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

⁷ art.

1º

(...)

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

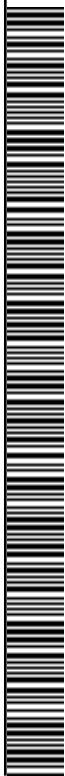
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 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 GRADAÇÃO

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARLENE SOUZA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08245152520208230010.

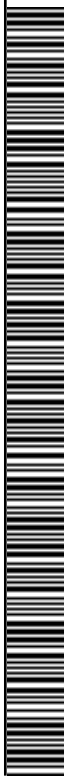
Rio de Janeiro, 6 de outubro de 2020.

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 16007315

Pag. 00719/00720 - carta_01 - INVALIDEZ

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



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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00661/00662 - carta_15R - INVALIDEZ

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 005.894.983-63 4 - Nome completo da vítima: Marlene Souza Silva

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

5 - Nome completo: Marlene Souza Silva 6 - CPF: 005.894.983-63
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. Jardim 9 - Número: 138 10 - Complemento:
11 - Bairro: cidade satélite 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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0522 CONTA: 28732 6 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Imprimir este documento digitalmente assinado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

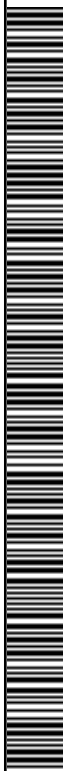
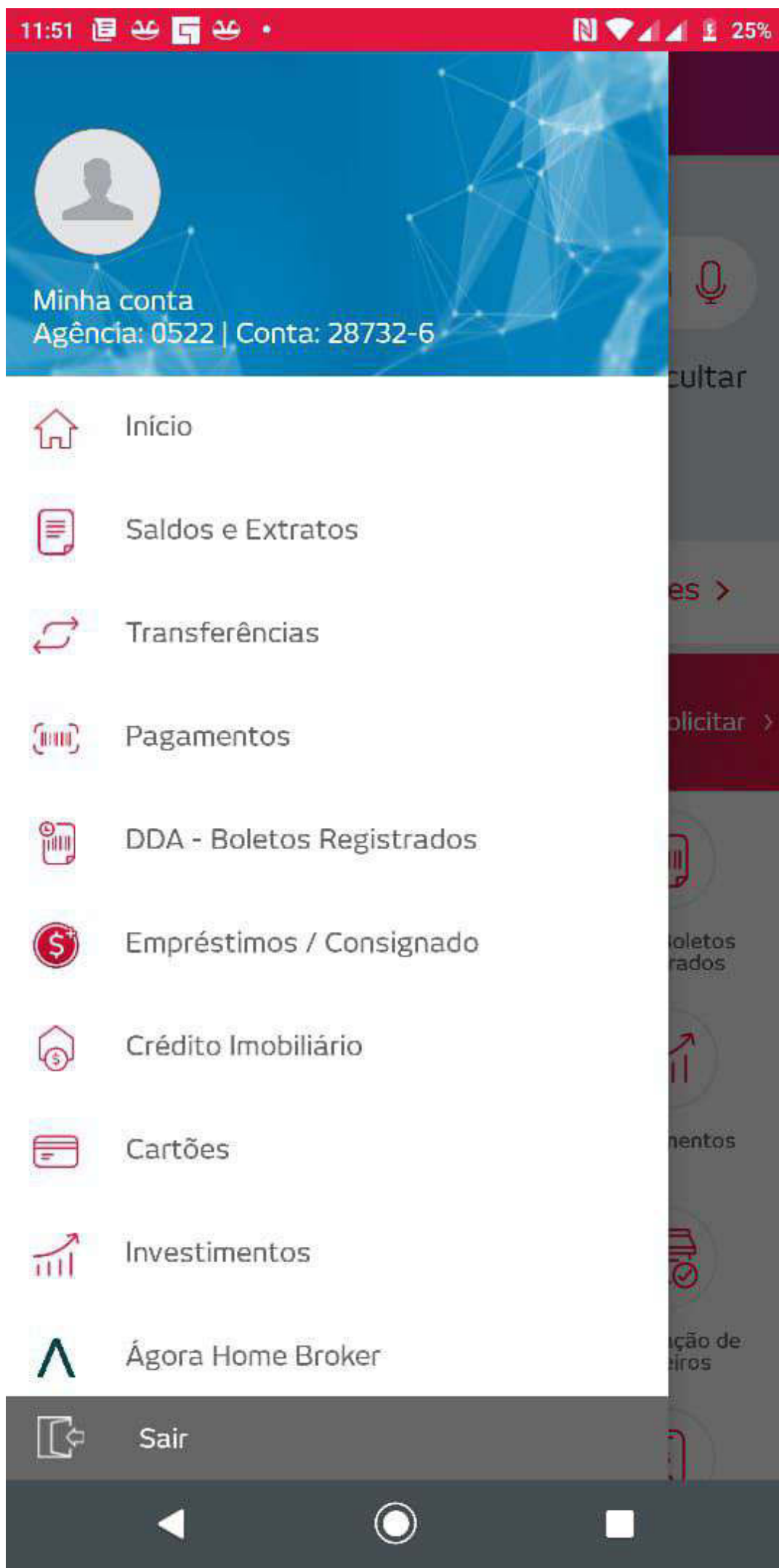
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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	Melo(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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO 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 açai - 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

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

Boa Vista, 28 de julho de 2020
[Assinatura]
Assinatura

Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA 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 á 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 auxilie na identificação do autor que conduzia o veículo acima citado, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia 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 del origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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 del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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 fiel do Original.

Sua Vossa 28 de julho de 2020  
*[Assinatura]*  
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 o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS [DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES] ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 005.894.983-63 4 - Nome completo da vítima: Marlene Souza Silva

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

5 - Nome completo: Marlene Souza Silva 6 - CPF: 005.894.983-63  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Av. Jardim 9 - Número: 138 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Cidade Satélite 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:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0522 CONTA: 28732 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

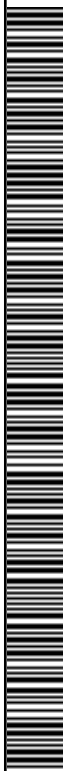
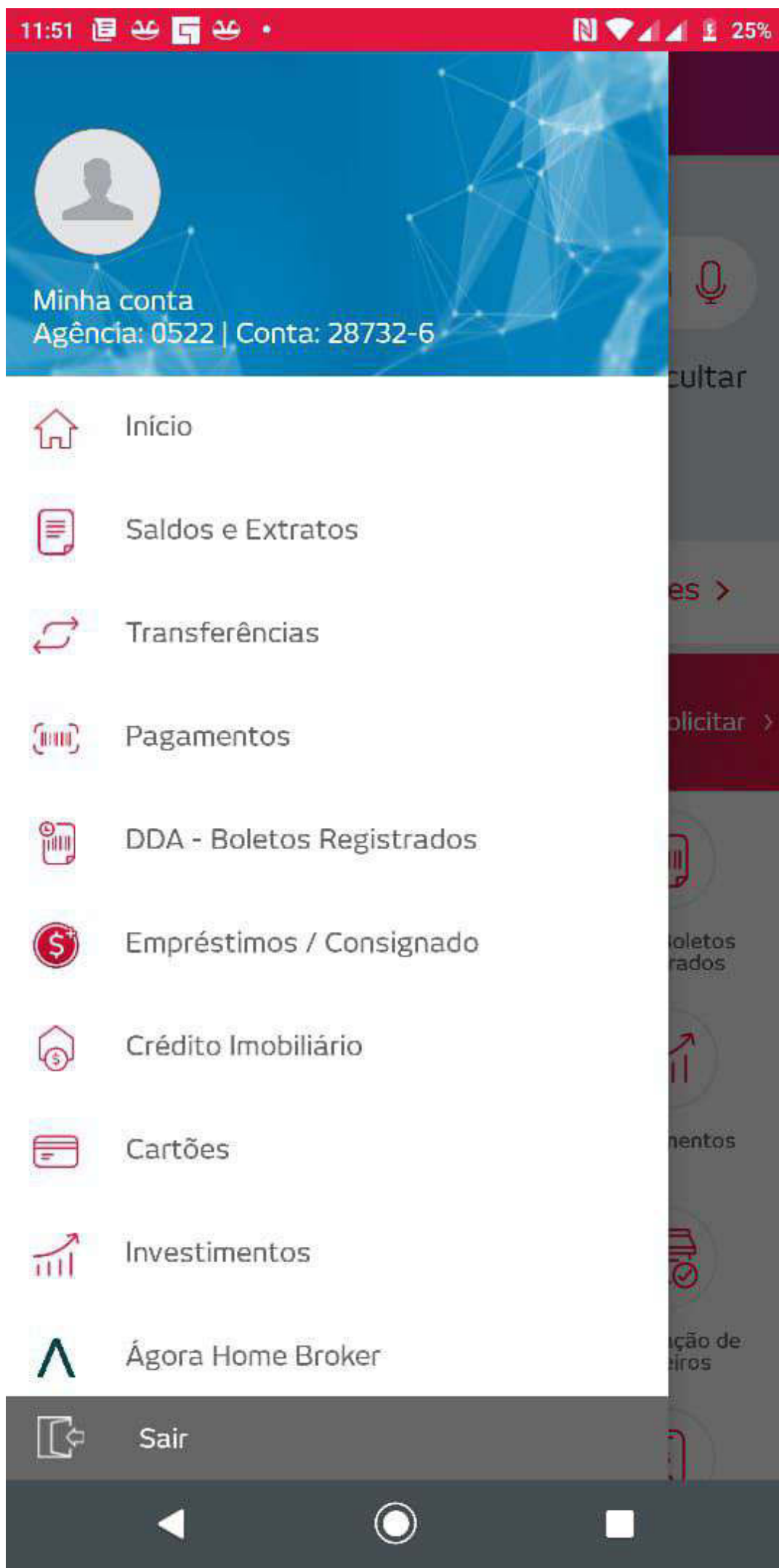
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)







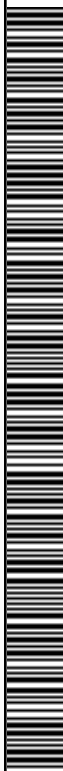








Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PUX6Q ADT77 WPASZ 4CX2D





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

### 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

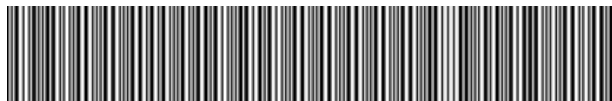
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

|                               |                       |                                    |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>703494</b> | MÊS<br><b>03/2020</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>R\$ 552,25</b> |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------------------|

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059







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

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA Lei 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 Beneticiário

Marlene Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 005.894.983 / 63

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Marlene Souza Silva

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, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua CC 11 Número: 294 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Serra Moreiras Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.318-050

E-mail: Wfranco992@gmail.com Tel. (DDD): 99/13-3855

Local e Data:

Boa Vista RR 01 de julho de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante



|                                                                                                                                                                                                                                   |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE<br>PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA<br>RUA DELMAN VERAS, S/N - PINTOLANDIA                                                                                          |                                     | 1ª Classificação Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |                        | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |                         | Reclassificação<br><input type="checkbox"/> Vermelho<br><input type="checkbox"/> Laranja<br><input type="checkbox"/> Amarelo<br><input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |                   |
| 2000749699      12/04/2020 09:07:46                                                                                                                                                                                               |                                     | <b>FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                             |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         | MANHA 07-13      1                                                                                                                                                                                   |                   |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                          | Data Nascimento                     | Idade                                                                                                                                                                                                                 | CNS                    | CPF                                                                                                                                                                                                  | Prontuário              |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                        | <b>29/01/1977</b>                   | <b>43 A 2 M 14 D</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>703403226324417</b> | <b>00589498363</b>                                                                                                                                                                                   |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                          | Documento                           | Órgão Emissor                                                                                                                                                                                                         | Data Emissão           | Sexo                                                                                                                                                                                                 | Estado Civil            | Raça/Cor                                                                                                                                                                                             | Naturalidade      |
| <b>IDENTIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                 | <b>26017020035</b>                  | <b>SSPMA</b>                                                                                                                                                                                                          | <b>29/09/2003</b>      | <b>F</b>                                                                                                                                                                                             | <b>SOLTEIRO(APARDA)</b> | <b>TURIACU - MA</b>                                                                                                                                                                                  | <b>BRASILEIRA</b> |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                               | Pai                                 |                                                                                                                                                                                                                       | Contato                |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <b>RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                                                                                             | <b>OSVALDO BATISTA DA SILVA</b>     |                                                                                                                                                                                                                       | <b>(95) 99162-1184</b> |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                          | Ocupação                            |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <b>AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAI, BLOCO 11 - 404 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR</b>                                                                                                                                       | <b>DIARISTA</b>                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                   | Plano Convênio                      | Nº da Carteira                                                                                                                                                                                                        | Validade               | Autorização                                                                                                                                                                                          | Sis Prenatal            |                                                                                                                                                                                                      |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                   | <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                             | Caráter do Atendimento              | Profissional do Atend.                                                                                                                                                                                                | Procedência            | Temp.                                                                                                                                                                                                | Peso                    | Pressão                                                                                                                                                                                              |                   |
| <b>SPA - PRONTO ATENDIM</b>                                                                                                                                                                                                       | <b>URGÊNCIA</b>                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Setor                                                                                                                                                                                                                             | Tipo de Chegada                     | Procedimento Sol.                                                                                                                                                                                                     |                        | Registrado por:                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <b>SUTURA</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>DEMANDA ESPONTANEA</b>           |                                                                                                                                                                                                                       |                        | <b>IANE.ALVES</b>                                                                                                                                                                                    |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Queixa Principal <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue                                                                           |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <i>Fractura aberta do antebraço</i>                                                                                                                                                                                               |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                            | GSC                                 |                                                                                                                                                                                                                       | TOTAL                  |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <i>Prob. auto Evolu. em</i>                                                                                                                                                                                                       | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456      |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)                                                                                                                                                                                       |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <i>Início em 12:20 e término em 13:00</i>                                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <i>Fractura aberta do antebraço com ferida perfurante</i>                                                                                                                                                                         |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <i>frat. exp. do antebraço</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                                                                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | APRAZAMENTO                                                                                                                                                                                          |                         | OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                                                           |                   |
| <i>O Dr. Cosme Silva</i>                                                                                                                                                                                                          |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | <i>Leop.</i>                                                                                                                                                                                         |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <i>Para tratamento com anti-inflamatório</i>                                                                                                                                                                                      |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Conduta                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                                                                                                                                                                  |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | <input type="checkbox"/> Ambulatório                                                                                                                                                                 |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                                                                                                                                                            |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                                                                                                                                        |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                                                                                                                                                                           |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | <input type="checkbox"/> Internação                                                                                                                                                                  |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| <input type="checkbox"/> Transferência para: _____                                                                                                                                                                                |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____                                                                                                                                                            |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| óbito                                                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____                                   |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                             |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        | Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                                                                                       |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |
| Impresso por: iane.alves<br>Data Hora: 12/04/2020 09:08:40                                                                                                                                                                        |                                     |                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                                                                                                                                                                                      |                         |                                                                                                                                                                                                      |                   |



PTE intol: a Dêpinan  
Muito suca em PT. 1000  
Tx de Acidente Nato em  
acidente.

Sono físcil 250g

O<sub>2</sub> - 5 Lpm - 20 ml

Taxação 40 IU

Dr. João R. S. Matanias  
Médico em Família e Comunidade  
CRM nº 124

Etiologia:

Paciente apresentando febre alta  
sem melhora com este tratamento  
segundo parecer PTE molecular  
e Bactéria. Difícil  
+ Janela de febre  
contínua. PTE  
Entre em contato  
com unidade





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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO


terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

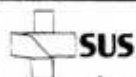


*Lucimír Viana*  
Residente de Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RR 2124



|                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>                        |  | <b>HCC</b> <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                             |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                        |  | 2 - CNES<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                          |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                         |  | 4 - CNES<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                          |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>MARLENE SOUZA SILVA                                                                                                                      |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br>179327                                                                                               |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>703403226324417                                                                                                            |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>29/01/1977                                                                                         |  |
| 9 - SEXO<br>Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/>                                                                            |  | 10 - RAÇA/COR<br>Parda                                                                                                       |  |
| 11 - NOME DA MÃE<br>RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILVA                                                                                                               |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD [ ] [ ] [ ] Nº DO TELEFONE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                           |  |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                              |  | 14 - TELEFONE DE CONTATO<br>DDD [ ] [ ] [ ] Nº DO TELEFONE [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                           |  |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br>AV VILA JARDIM, COND. AÇAÍ, BLOCO 11, 404, CIDADE SATELITE                                                                    |  |                                                                                                                              |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>BOA VISTA                                                                                                                        |  | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>12000                                                                                            |  |
| 18 - UF<br>RR                                                                                                                                                    |  | 19 - CEP<br>69317529                                                                                                         |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                               |  |                                                                                                                              |  |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEOLÓ MEDIAL DE TORNOZELO E. |  |                                                                                                                              |  |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>As acima                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br>EX CLINICO + COMPLEMENTARES                                               |  |                                                                                                                              |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Fratura malleolo medial de tornozelo e                                                                                               |  |                                                                                                                              |  |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |
| 25 - CID 10 SECUNDÁRIO<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                |  |                                                                                                                              |  |
| 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                         |  |                                                                                                                              |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                   |  |                                                                                                                              |  |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                                               |  | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                       |  |
| 29 - CLÍNICA<br>ORTOPEDIA                                                                                                                                        |  | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                        |  |
| 31 - DOCUMENTO<br>( ) CNS (X) CPF                                                                                                                                |  | 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>94181462234                                            |  |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>JAYNNE BEZERRA MAGALHÃES                                                                                     |  | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>12/04/2020                                                                                       |  |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>[Assinatura] [Carimbo]                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                                            |  |                                                                                                                              |  |
| 36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                    |  | 39 - CNPJ DA SEGURADORA<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                           |  |
| 37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                |  | 40 - Nº DO BILHETE<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                |  |
| 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                               |  | 41 - SÉRIE<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                        |  |
| 42 - CNPJ EMPRESA<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                     |  | 43 - CNAE DA EMPRESA<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                              |  |
| 44 - CBOR<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                                                                             |  | 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                               |  |                                                                                                                              |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>[Assinatura]                                                                                                            |  | 47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                                                           |  |
| 48 - DOCUMENTO<br>( ) CNS (X) CPF                                                                                                                                |  | 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]                           |  |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>12/04/2020                                                                                                                           |  | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>[Assinatura] [Carimbo]                                             |  |
| 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br>0308010019<br>5825 T068<br>V299                                                                               |  |                                                                                                                              |  |





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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº 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 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



(\*) Parents Algeria &  
- D. p. n. & A. K. E. S. #  
MEXICO

EVOLUÇÃO: Paciente apacientemente  
fratua no TVE praticado  
pneub. P. associada a corte costoso  
em P. Bem como seccionar

CONDUTA: Sítio / pneum. t. g. /  
Muc. P. secus.

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Até 200: 0                  | 300 - 350: 06 UI               |
| 201 - 250: 02 UI            | 351 - 400: 08 UI               |
| 251 - 300: 04 UI            | >401: 10 UI chamar plantonista |

GH 50% 40ml EV, em bolus, se Glicemia < 70mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM

| SINAIS VITAIS |     |     |     |     |
|---------------|-----|-----|-----|-----|
| Horário       | 06h | 12h | 18h | 24h |
| PA            |     |     |     |     |
| FC            |     |     |     |     |
| Tax           |     |     |     |     |
| FR            |     |     |     |     |
| Evacuação     |     |     |     |     |
| Diurese       |     |     |     |     |
| Dextro        |     |     |     |     |
| Insulina      |     |     |     |     |
| Regular       |     |     |     |     |
| SNG           |     |     |     |     |
| Dreno         |     |     |     |     |
| Responsável   |     |     |     |     |
|               |     |     |     |     |



12/04/2020

....Laudo de Internação SG ....

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC

0103160

HOSPITAL DE CAMPANHA - COVID 19 CANARINHO - HCC

0103160

MARLENE SOUZA SILVA

703403226324417

29/01/1977

(95) 99162-1184

Feminino

RAIMUNDA NONATA DE SOUZA SILV

AVENIDA - VILA JARDIM, COND. AÇAÍ, BLOCO 11 404

CIDADE SATELITE

BOA VISTA

140010

RR

69.317-529

ORTOPEDIA

Eletivo

X

201561889070005

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, vígil, 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. Jayme Beatriz Magalhães  
Médica  
CRM/RR 1967





Kingma  
- Dupire

|                                                                                                                                                                       |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| EVOLUÇÃO: PACIENTE DO SEXO FEMININO, DE 43 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM FRATURA DE MAEIOLO MEDIAL DE TORNOZELO E. CONDUITA: MANTIDO SUPORTE CLÍNICO + ATB |                                 |
| <b>ESQUEMA DE INSULINA REGULAR</b>                                                                                                                                    |                                 |
| Até 200: 0                                                                                                                                                            | 301 – 350: 06 UI                |
| 201 – 250: 02 UI                                                                                                                                                      | 351 – 400: 08 UI                |
| 251 – 300: 04 UI                                                                                                                                                      | > 401: 10 UI Chamar Plantonista |
| <b>GH 50% 40 ml EV, em Glicemia &lt; 70 mg/dL</b>                                                                                                                     |                                 |

## REGISTRO DE ENFERMAGEM

## SINAIS VITAIS

| Horário          | 06h    | 11h | 17h | 23h    |
|------------------|--------|-----|-----|--------|
| PA               | 120/70 |     |     | 120/80 |
| FC               | 82     |     |     | 87     |
| Tax              | 36%    |     |     | 36%    |
| FR               |        |     |     |        |
| Evacuação        |        |     |     |        |
| Diurese          |        |     |     |        |
| Dextro           |        |     |     |        |
| Insulina Regular |        |     |     |        |
| SNG              |        |     |     |        |
| Dreno            |        |     |     |        |

As 31 Admissão feita  
por meio de ~~Prospeto~~  
Circularmente com 2  
Sobre — Exame  
CO R E T R  
1917

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**  
**HOSPITAL DE CAMPANHA CAN**

| SETOR:                                | ENF: 02                                                  | LEITO: 22 | DN: 29/01/1977 | DIHCOSME: 12/04<br>DICanarinho:<br>12/04/2020 |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------|----------------|-----------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: MARLENE SOUZA SILVA |                                                          |           |                |                                               |
| HD: FRATURA MAEÓLO MEDIAL E           |                                                          |           |                |                                               |
| DATA/HORA                             | PRESCRIÇÃO                                               |           |                | HORÁRIO                                       |
| 12/04/2020                            | 1. DIETA ORAL LIVRE                                      |           |                | SND                                           |
|                                       | 2. AVP                                                   |           |                | MANTER                                        |
|                                       | 3. SF0,9% 500ML EV ACM                                   |           |                | ACM                                           |
|                                       | 4. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H                              |           |                | 12 18 24                                      |
|                                       | 5. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H                            |           |                | 12 18 24 06                                   |
|                                       | 6. Omeprazol 40mg EV ou VO 1x dia                        |           |                | 06                                            |
|                                       | 7. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS                              |           |                | 12 18 24 06                                   |
|                                       | 8. TENOXICAN 20MG EV 12/12H                              |           |                | 12 18 24 06                                   |
|                                       | 9. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8H EV SN             |           |                | SN                                            |
|                                       | 10. ONDANSETRONA 8MG EV ou VO 8/8 HORAS SN               |           |                | SN                                            |
|                                       | 11. CAPTOPRIL 25MG ICP SE PAS > 160mmHg e/ou PAD 110mmHg |           |                | SN                                            |
|                                       | 12. SSVV + CCGG + DEXTRO 6/6h                            |           |                | ROTINA                                        |
|                                       | 13. Correção de glicemia conforme tabela ao lado         |           |                | ATENÇÃO                                       |
|                                       | 14. CURATIVO DIÁRIO                                      |           |                | CURATIVO                                      |

Paracetamol 500 mg VO 6/6h SN  
 Premestazina 25 mg ~~QNA~~ ~~0.025~~  
 Vidro ceftriaxona 500 mg ~~EV~~ ~~0.025~~  
 Cidoma, intravenosa dipirona 1g EV, ephedrina

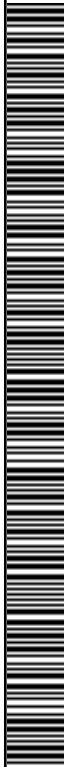
An 241. Cidm. m. trada diguone<sup>1</sup> 8 EV, e PH  
 An 242. 221 Agniste, recces obquo e  
 diguone 18 EV. Polpebras addmocrados  
 e Japponiches. Comuocdo Plantonista  
 An 243. 251 diguone<sup>1</sup> diguone EV, e planti  
 e Japponiches e Indonesta e Indonesta e Indonesta

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 WPASZ 4CX2D



**Dionides Peredo Silva**  
COREN-PR 790.434





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                    |       |      |      | 6          |
| 12                                                                                                                                                                                                                 | CEFTRIAXONA 1G EV 12/12 H                         |       |      |      | 12/24/2020 |
| 13                                                                                                                                                                                                                 | SSVV + CCGG 6/6 H                                 |       |      |      | ROTINA     |
| 14                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |      |      |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML<br>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |       |      |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |      |      |            |
| CIRURGIA MARCADA PARA DIA 17/04/20 A TARDE                                                                                                                                                                         |                                                   |       |      |      |            |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                      | PA                                                | FC    | FR   | TEMP |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                | 140 x 70                                          | 80    |      | 36.2 |            |
| 12 H                                                                                                                                                                                                               | 118 x 72                                          | 82    |      | 36   |            |
| 18 H                                                                                                                                                                                                               | 100 x 60                                          | 80    |      | 36.1 |            |
| 24 H                                                                                                                                                                                                               | 100 x 70                                          | 85    |      | 36   |            |

1814 por - f no wito, ofendido 352V,  
Realizado cuidado dos 61215.

Edmar de Almeida Matos  
Téc. em Enf.  
COREN-PA 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: MARLENE SOUZA SILVA

Idade: 43

Leito: 22

ACRE SENÁ SUBMETIDA À CÍRURGIA ORTOPÉDICA  
DE FX DE TAZ (E).

SOUBEITO RISCO CÍRURGICO  
GRATO!

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

segunda-feira, 13 de abril de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Rc

Resposta:

Anal. PL em anexo

24/04/2020

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



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|     |                                        |                |            |                    |                    |
|-----|----------------------------------------|----------------|------------|--------------------|--------------------|
|     | Núcleo de Enfermagem em                | Protocolo nº 1 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|     | Tratamento de Feridas -                |                |            |                    |                    |
| HGR | Paciente: <u>Caroline Sousa Silva</u>  |                |            |                    |                    |
|     | Leito: <u>22</u> Data: <u>13/04/20</u> |                |            |                    |                    |

| Localização                             |  | Região: <u>ME</u><br>Grau: I ( ) II (X)                                                                                                   |  | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                       |
|-----------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>(X) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
| Aparência do Leito                      |  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização<br>(X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:                 |  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:                 |
| Pele Perilesional                       |  | (X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                        |  | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                        |
| Tipo de Exsudato                        |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                      |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                      |
| Quantidade de Exsudato                  |  | ( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco                                                                                                            |  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                            |
| Solução de Limpeza                      |  | (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                               |  | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                               |
| Cobertura primária                      |  | (X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>(X) Outro: <u>AS</u>                                          |  | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                    |
| Troca                                   |  | ( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h                                                                                                           |  | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                           |
| Profissional que realizou procedimento: |  | <u>Mônica Reis Farias</u><br>Técnico em Enfermagem<br>COREN-PR 00029304                                                                   |  | <u>Jucilene Moreira</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 453.554                                                                     |
| Observações:                            |  |                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                           |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

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

### Resultado de Exame

Amostra: 2017392703

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

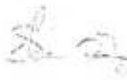
|             | Resultado                  | Referência                      |
|-------------|----------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS  | 11.02 x10 <sup>3</sup> /uL | 4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| NEUTRÓFILOS | 60.80 %                    | 50.0 - 70.0 %                   |
| 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 x10 <sup>6</sup> /uL | 3.9 - 5.03 x10 <sup>6</sup> /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 x10 <sup>3</sup> /uL | 150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /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



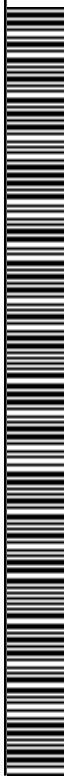
Hospital Geral de Roraima  
0606951-2121 0640-  
E-mail: hgr@hgr.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3205 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA







|                                      |                                 |                  |               |
|--------------------------------------|---------------------------------|------------------|---------------|
| Paciente: <b>Marlene Souza Silva</b> | Sexo: Feminino                  | Nasc: 29/01/1977 | Idade: 43 ANO |
| Solicitação: 20173927                | Número Interno:                 | Solicitante:     |               |
| Origem: CAN                          | Sector: 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 Pícrato Alcalino

Resultado

Referência

CREATININA

0.69 mg/dL

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)

Resultado

Referência

GLICOSE BASAL

92.46 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

#### DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

Resultado

Referência

TGO

22.78 U/L

5.0 - 35.0 U/L

#### DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

Resultado

Referência

TGP

8.63 U/L

5.0 - 35.0 U/L

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

Referência

URÉIA

16.50 mg/dL

15.0 - 40.0 mg/dL

#### PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

Resultado

Referência

PROTEÍNA C REATIVA

19.33 mg/L

0.0 - 8.0 mg/L

Helcinara S. Pacheco  
Bioquímica  
CRF- 220 - RR

Responsável Técnico: Wellington Robinson Soares Cezine 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  
06605-2121-0640  
E-mail: hgr@hgr.rr.gov.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR

SESAU



GOVERNO  
DE RORAIMA





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

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

### Resultado de Exame

Amostra: 2017392701

### COAGULOGRAMA COMPLETO

**Material:** PLASMA

**Metodologia:** 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*

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

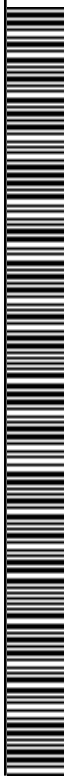


Hospital Geral de Roraima  
Doc051 2121 0540  
E-mail: ngrlab@yahoo.com.br  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 -  
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO  
DO HGR



GOVERNO  
DO PARÁ





| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                   |                                                   |       |           |        |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----------|--------|---------------------|
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                   |                                                   |       |           |        |                     |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                             |                                                   |       |           |        |                     |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                |                                                   |       |           |        |                     |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                 |                                                   | E     |           | DN     |                     |
| PACIENTE <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                              |                                                   |       |           |        |                     |
| DIAGNÓSTICO <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                                                                                                                         |                                                   |       |           |        |                     |
| ALERGIAS                                                                                                                                                         | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   |           | DM2    |                     |
| IDADE                                                                                                                                                            |                                                   | LEITO | <b>22</b> | DATA   | <b>14/4/2020</b>    |
| 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                          |       |           |        | <del>12/18/24</del> |
| 5                                                                                                                                                                | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |           |        | <del>12/18/24</del> |
| 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                                   |       |           |        | <i>permanente</i>   |
| 11                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 12                                                                                                                                                               | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                         |       |           |        | <i>12 24 18 24</i>  |
| 13                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 14                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 15                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 16                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 17                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 18                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 19                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 20                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| 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. |                                                   |       |           |        |                     |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ                                                                                                                               |                                                   |       |           |        |                     |
| SINAIS VITA                                                                                                                                                      | 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 |                     |

*Dr. Joao Santos da Silva*  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2015

22

*17/04/2020 paciente em repouso absoluto e dor leve*  
*15/04/2020*

*UBS: Ao observar a paciente no leito medicada e em 1º e 2º intercorrência e segue as cuidados de enfermagem.*



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                   |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Data: <u>31/04/2020</u>                                                                                            |                                                      | Enfermaria: <u>02</u>                                                                                               |                                                            |
| Leito: <u>22</u>                                                                                                   |                                                      | Nome Completo: <u>Marlene Souza Silva</u>                                                                           |                                                            |
| DN: <u>29/10/1977</u>                                                                                              |                                                      | Hipótese Diagnóstica:                                                                                               |                                                            |
| Precisão: ( ) Sim (x) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos                 |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Alergia: (x) Sim ( ) Não Qual (is): <u>Dipirona / Diclofenaco</u> Sexo: (x) F ( ) M                                |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Paciente Indígena: (x) Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim (x) Não Qual idioma:                         |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Possui acompanhante: (x) Sim ( ) Não Obs:                                                                          |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado (x) Cadeira de rodas ( ) Comprometida:                                         |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>                                                                                           |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| (x) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações:                            |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                                     |                                                      | <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                                                                            |                                                            |
| (x) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática (x) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico                              |                                                      | ( ) Alterações:                                                                                                     |                                                            |
| ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes                                                                  |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                        |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| (x) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico (x) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração         |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Oxigenoterapia ( ) Sim (x) Não Qual:                                                                               |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                                      |                                                      | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                                                                                          |                                                            |
| (x) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico (x) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso                       |                                                      | ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente                            |                                                            |
| Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:                                                                             |                                                      | Alterações:                                                                                                         |                                                            |
| <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                                                                                  |                                                      | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                                                                       |                                                            |
| (x) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen (x) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT                                |                                                      | ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia Aceitação da dieta: (x) Sim ( ) Não ( ) Parcial                             |                                                            |
| ( ) Irrigação contínua ( ) Outros:                                                                                 |                                                      | Evacuações: ( ) Presente (x) Ausente ( ) Colostomia                                                                 |                                                            |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                                     |                                                      | <b>ALTERAÇÕES</b>                                                                                                   |                                                            |
| (x) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Edema Local:                                                       |                                                      | ( ) Presente ( ) Ausente                                                                                            |                                                            |
| ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica                                                                        |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região:                                                                         |                                                      | Risco de Lesão Sinalizado:                                                                                          |                                                            |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>                                                                         |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Cateter Periférico: (x) Sim ( ) Não Local: <u>MSD</u> Data: <u>12.04.2020</u> Trocar em: <u>      </u>             |                                                      | Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: <u>      </u> Curativo realizado em: <u>      </u> Trocar em: <u>      </u> |                                                            |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não                                                             |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Dreno de: <u>      </u> Aspecto da secreção: <u>      </u> Quantidade: <u>      </u>                               |                                                      | Curativos: (x) Sim ( ) Não Local: <u>MI</u>                                                                         |                                                            |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                   |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| ( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Lesão por Pressão                         |                                                      | ( ) Risco de infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Quedas                                     |                                                            |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração                |                                                      | ( ) Risco de constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada           |                                                            |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Comunicação deficiente |                                                      | ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado                                                     |                                                            |
| ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene                                          |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                             |                                                      | <b>Prescrição de Cuidado Prev Quedas</b>                                                                            |                                                            |
| <b>1. Histórico de Queda</b>                                                                                       |                                                      | <b>6. Estado Mental</b>                                                                                             |                                                            |
| Não 0                                                                                                              | Orientado/limitado/conhece as limitações             | 0                                                                                                                   | ( ) Manter grades laterais elevadas                        |
| Sim 25                                                                                                             | Superestima capacidade/Esquece limitação             | 15                                                                                                                  | ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação |
| <b>2. Diagnóstico Secundário</b>                                                                                   |                                                      | <b>3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</b>                                                                 |                                                            |
| Não 0                                                                                                              | Risco Baixo: 0 - 24                                  | ( ) Auxiliar o paciente na higiene                                                                                  |                                                            |
| Sim 15                                                                                                             | Risco Médio: 25 - 44                                 | ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama                                                             |                                                            |
| <b>3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</b>                                                                |                                                      | <b>4. Auxílio na Deambulação</b>                                                                                    |                                                            |
| Não 0                                                                                                              | Risco Alto: Maior que 45                             | ( ) Manter cama com rodas travadas                                                                                  |                                                            |
| Sim 20                                                                                                             | Sinalização do Risco:                                | ( ) Necessidade de contenção ao leito                                                                               |                                                            |
| <b>4. Auxílio na Deambulação</b>                                                                                   |                                                      | ( ) Manter vigilância de <u>      </u> horas.                                                                       |                                                            |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                                                                                         | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem   | ( ) Calçado seguro nos pés                                                                                          |                                                            |
| Muleta/Bengala/Andador 15                                                                                          | ( ) Risco registrado na placa de identificação leito | ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão                                                                       |                                                            |
| Mobiliário Parede 30                                                                                               |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>5. Marcha/Deambulação</b>                                                                                       |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0                                                                                   |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Fraca 10                                                                                                           |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Comprometida/Cambaleante 20                                                                                        |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| <b>Registro Geral:</b>                                                                                             |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: <u>      </u>                                                                     |                                                      |                                                                                                                     |                                                            |



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  |             |
| <input type="checkbox"/> Aferir e registrar os sinais vitais               | 12 18 24 06 |
| <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 <sub>2</sub>             |             |
| <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"/> ( )                                               |             |
| 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"/> ( )                                               |             |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

# Paciente encontra-se em repouso ao leito, apresenta apetite, c/ MIE satisfatório, c/ Uguando realizado de ECG. T. 36,5°C.

ASS: Romilda S. dos Santos Enfermeira

PERÍODO NOTURNO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Paciente - H no hospital, período SSV. Tec. Exmo?

ASS:


PERÍODO NOTURNO

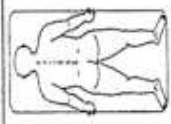

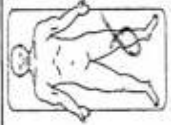

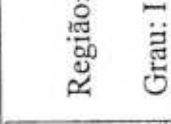

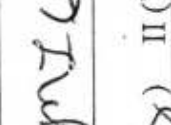









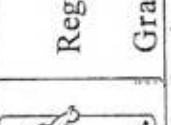

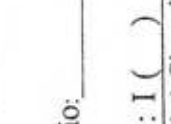

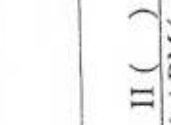

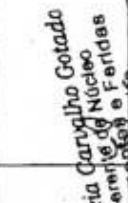
URS. An. da. Co. da. dia 15/10/2020. A paciente apresenta sinais vitais dentro da normalidade. T. 36,5°C. PA = 120x80 mmHg. FC = 68 bpm. S.O. de 100% em O2. Uguando realizado de ECG. T. 36,5°C.

ASS: Romilda S. dos Santos Enfermeira



# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                             |                                   |                         |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em     | Protocolo nº 1                    | Versão: 08              | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - HGR | Paciente: <i>Moleira de Souza</i> | Data: <i>14/02/2020</i> |                    |                    |
|                                                                                     |                             | Leito: <i>22</i>                  |                         |                    |                    |

|                                         |                                                                                     |                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |  | Região: <i>MLE</i>                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                      | Região: _____                                                                                                                             |
| Etiologia                               |  | Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                                                                                    |                                                                                                                      | Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                        |
| Aparência do Leito                      |  | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : Tração Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia<br>( ) Outro: |                                                                                                                      | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
| Pele Perilesional                       |  | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros _____                                           |                                                                                                                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____            |
| Tipo de Exsudato                        |  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                                  |                                                                                                                      | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                  |
| Quantidade de Exsudato                  |  | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                                |                                                                                                                      | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                |
| Solução de Limpeza                      |   | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                            |                                                                                                                      | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                            |
| Cobertura primária                      |    | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Outro: _____                                                       |                                                                                                                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%<br>( ) Outro: _____                                                           |
| Troca                                   |    | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                          |                                                                                                                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: _____                                              |
| Profissional que realizou procedimento: |    | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                           |                                                                                                                      | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                           |
| Observações:                            |    | <br>Elisciela Carvalho Gotado<br>Gerente de Núcleo<br>Tratamento de Feridas<br>Enfermagem<br>Coten-RR 488.579-ENF        | <br>Elisciela Carvalho Gotado<br>Gerente de Núcleo<br>Tratamento de Feridas<br>Enfermagem<br>Coten-RR 488.579-ENF |                                                                                                                                           |



|                                                                                                                                                                                                           |                                                   |       |    |      |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|----|------|-----------|
| 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                          |       |    |      |           |
| 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  |       |    |      | 22-24 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                                                                                                                                                                                                        | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                         |       |    |      | 18 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, 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 |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 122x69 | 80 |    | 36,2 |
| 12 H        | 118/72 | 82 |    | 36   |
| 18 H        | 140/80 | 76 |    | 35,4 |
| 24 H        | 135x84 | 72 |    | 36,2 |

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

Plantão matutino e noturno.  
Atendimento 100%, realizado  
SSVV e medicação de rotina  
8h. Administrado medicação  
em e.p.m. após SSVV  
que não mudou.


Plantão noturno. Administração de medicação  
e aferido SSVV.

Proquímica Vitor de Aguiar  
Técnica de Farmácia  
CRM-RR 2015

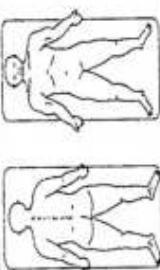
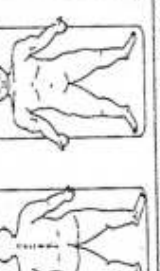






EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |                |                            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1 | Versão: 08                 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - | Paciente:      | <i>Marlene Joana Silva</i> |                    |                    |
|                                                                                     | HGR                     | Leito:         | <i>22</i>                  |                    |                    |

Data: *15/04/2020*

|                                         |                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                |         |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Localização                             |                                                                             | Região: <i>ME</i> |                                                                               | Região: |
| Etiologia                               | Grau: I ( ) II ( )<br>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: |                   | Grau: I ( ) II ( )<br>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia<br>( ) Outro: |         |
| Aparência do Leito                      |                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                |         |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                             |                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                                             |         |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                            |                   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                                            |         |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                 |                   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                                 |         |
| Solução de Limpeza                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                    |                   | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                    |         |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <i>AGE</i>                                                              |                   | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                                         |         |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                |                   | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                                |         |
| Profissional que realizou procedimento: |                                                                           |                   |                                                                           |         |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                                                |         |

Elislei de Carvalho Gotoda  
Enfermeira  
Título Profissional 408.918-ENF  
Cotem-RR



22

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                              |           |      |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|-----------|------|-----------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                        |                                                   |                              |           |      |                       |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                                        |                                                   |                              |           |      |                       |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                  |                                                   |                              |           |      |                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                     |                                                   |                              |           |      |                       |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                      |                                                   | E                            |           | DN   |                       |
| PACIENTE <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                                                                                   |                                                   |                              |           |      |                       |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           |                                                   | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b> |           |      |                       |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                              | <b>DIPIRONA E AINES</b>                           | HAS                          |           | DM2  |                       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                 |                                                   | LEITO                        | <b>22</b> | DATA | <b>16/4/2020</b>      |
| 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                          |                              |           |      |                       |
| 5                                                                                                                                                                                                                     | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |                              |           |      | <del>12 18 24 6</del> |
| 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                                   |                              |           |      | <i>11</i>             |
| 11                                                                                                                                                                                                                    | <i>Plasil 10mg EV a 8h (QV)</i>                   |                              |           |      | <i>12</i>             |
| 12                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 13                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 14                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 15                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 16                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 17                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 19                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 20                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| 22                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |                              |           |      |                       |
| <b>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 &gt; 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                   |                              |           |      |                       |
| EVOLUÇÃO MÉDICA.                                                                                                                                                                                                      |                                                   |                              |           |      |                       |

CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ

| SINAIS VITA PA | FC       | FR | TEMP  |  |
|----------------|----------|----|-------|--|
| 6 H            |          |    |       |  |
| 12 H           | 110 X 70 | 80 | 36,00 |  |
| 18 H           |          |    |       |  |
| 24 H           | 130 X 70 | 82 | 36,40 |  |

*1 nel do S. Barros da Silva*  
*16/04/2020*

16/04; 12:00; LOTE: Acamada, NRQ  
DIETA VO LEITADA APV @ 5m  
USO MSO: DIURÉTICO E ANTIEMÉTICO  
Paciente teve náusea e  
vômito Fein Plasil a 12:00.

*Jetro Nunes*  
*COREN-RR 218.845-TE*

18h pot no leito, administração  
medicação de horário e m.  
AS 06h.  
PA-100 X 60 - 80  
T- 36,6 °C

*Edmar de Almeida Matos*  
*Enf. Inf.*  
*COREN-RR 907672-TEC*



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F                                            |                                                      |                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Data: <u>16 / 04 / 2020</u>                                                                                 |                                                      | Enfermaria: _____ Leito: <u>22</u>                                      |  |
| Nome Completo: <u>Marlene Souza Silva</u>                                                                   |                                                      | DN: <u>___/___/___</u>                                                  |  |
| Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura Moleto Esq.</u>                                                            |                                                      |                                                                         |  |
| Precaução: ( ) Sim (x) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos         |                                                      |                                                                         |  |
| Alergia: ( ) Sim (x) Não Qual (is): _____ Sexo: (x) F ( ) M                                                 |                                                      |                                                                         |  |
| Paciente Indígena: (x) Não ( ) Sim Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma: _____            |                                                      |                                                                         |  |
| Possui acompanhante: ( ) Sim (x) Não Obs: _____                                                             |                                                      |                                                                         |  |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas (x) Comprometida: _____                            |                                                      |                                                                         |  |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>                                                                                    |                                                      |                                                                         |  |
| (x) Consciente (x) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: _____               |                                                      |                                                                         |  |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                              |                                                      | <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                                |  |
| (x) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriática ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico                       |                                                      | ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes ( ) Alterações: _____ |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                 |                                                      |                                                                         |  |
| (x) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração  |                                                      |                                                                         |  |
| Oxigenoterapia ( ) Sim (x) Não Qual: _____                                                                  |                                                      |                                                                         |  |
| <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                               |                                                      | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                                              |  |
| (x) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico (x) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso                |                                                      | Ruidos Hidroaéreos: (x) Presente ( ) Ausente                            |  |
| ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Alterações: _____                                               |                                                      |                                                                         |  |
| Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____                                                          |                                                      |                                                                         |  |
| <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                                                                           |                                                      | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                           |  |
| (x) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen (x) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT                         |                                                      | Aceitação da dieta: (x) Sim ( ) Não ( ) Parcial                         |  |
| ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia Evacuações: ( ) Presente (x) Ausente ( ) Colostomia                 |                                                      | ( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____                                |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                              |                                                      | <b>ALTERAÇÕES</b>                                                       |  |
| (x) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Edema Local: _____                                          |                                                      | ( ) Presente ( ) Ausente                                                |  |
| ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica                                                                 |                                                      |                                                                         |  |
| Lesão por pressão: ( ) Sim (x) Não Região: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____                           |                                                      |                                                                         |  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>                                                                  |                                                      |                                                                         |  |
| Cateter Periférico: (x) Sim ( ) Não Local: <u>MSD</u> Data: <u>16.04.2020</u> Trocar em: <u>___/___/___</u> |                                                      |                                                                         |  |
| Cateter Central: ( ) Sim (x) Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: <u>___/___/___</u>    |                                                      |                                                                         |  |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não                                                      |                                                      |                                                                         |  |
| Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____                                                |                                                      |                                                                         |  |
| Curativos: (x) Sim ( ) Não Local: <u>MJE</u>                                                                |                                                      |                                                                         |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                            |                                                      |                                                                         |  |
| ( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Lesão por Pressão                  |                                                      | ( ) Risco de Quedas                                                     |  |
| ( ) Risco de infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração                    |                                                      | ( ) Eliminação urinária prejudicada                                     |  |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Comunicação deficiente           |                                                      |                                                                         |  |
| ( ) Risco de constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada                                       |                                                      |                                                                         |  |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal                     |                                                      |                                                                         |  |
| ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado                                             |                                                      |                                                                         |  |
| ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene                                   |                                                      |                                                                         |  |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                      |                                                      | <b>Prescrição de Cuidado Prev Quedas</b>                                |  |
| <b>1. Histórico de Queda</b>                                                                                |                                                      | ( ) Manter grades laterais elevadas                                     |  |
| Não 0                                                                                                       | <b>6. Estado Mental</b>                              | ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação              |  |
| Sim 25                                                                                                      | Orientado/limitado/conhece as limitações             | ( ) Auxiliar o paciente na higiene                                      |  |
|                                                                                                             | Superestima capacidade/Esquece limitação             | ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama                 |  |
| <b>2. Diagnóstico Secundário</b>                                                                            |                                                      | ( ) Manter cama com rodas travadas                                      |  |
| Não 0                                                                                                       | <b>TOTAL:</b>                                        | ( ) Necessidade de contenção ao leito                                   |  |
| Sim 15                                                                                                      | Risco Baixo: 0 - 24                                  | ( ) Manter vigilância de <u>___</u> horas.                              |  |
|                                                                                                             | Risco Médio: 25 - 44                                 | ( ) Calçado seguro nos pés                                              |  |
| <b>3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</b>                                                         |                                                      | ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão                           |  |
| Não 0                                                                                                       | Risco Alto: Maior que 45                             | ( )                                                                     |  |
| Sim 20                                                                                                      | Sinalização do Risco:                                |                                                                         |  |
| <b>4. Auxílio na Deambulação</b>                                                                            |                                                      |                                                                         |  |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                                                                                  | ( ) Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem   |                                                                         |  |
| Muleta/Bengala/Andador 15                                                                                   | ( ) Risco registrado na placa de identificação leito |                                                                         |  |
| Mobiliário Parede 30                                                                                        |                                                      |                                                                         |  |
| <b>5. Marcha/Deambulação</b>                                                                                |                                                      |                                                                         |  |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0                                                                            |                                                      |                                                                         |  |
| Fraca 10                                                                                                    |                                                      |                                                                         |  |
| Comprometida/Cambaleante 20                                                                                 |                                                      |                                                                         |  |
| <b>Registro Geral:</b>                                                                                      |                                                      |                                                                         |  |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____                                                                      |                                                      |                                                                         |  |




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




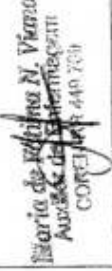

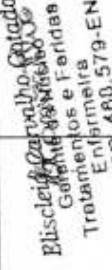
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PUX6Q ADT77 WPA5Z 4CX2D





## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                             |                                                                                |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em     | Protocolo nº 1                                                                 | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - HGR | Paciente: <u>Paulene Sousa Silva</u><br>Leito: <u>22</u> Data: <u>16/04/20</u> |            |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Região: <u>MLE</u>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Região:            |
| Etiologia                               | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><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"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | Grau: I ( ) II (X) 4X | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular<br><input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia<br><input type="checkbox"/> Outro: | Grau: I ( ) II ( ) |
| Aparência do Leito                      | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros                                                                                       |                    |
| Pele Perilesional                       | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                             |                       | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                                                        |                    |
| Tipo de Exsudato                        | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                      |                       | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguineo <input type="checkbox"/> Seco<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                 |                    |
| Quantidade de Exsudato                  | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                           |                       | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |
| Solução de Limpeza                      | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                   |                       | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%                                                                                                                                                                                                                                         |                    |
| Cobertura primária                      | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Agg</u>                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Agg</u>                                                                                                                        |                       | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel<br><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                                                                                                                                                                                                                                                          |                       | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>Juliana N. Vieira<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREL 440 704                                                                                                                                                                                                                                    | <br>Juliana N. Vieira<br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREL 440 704                                                                                                                                                                                                              |                       | <br>Elisleya Carvalho<br>Auxiliar de Enfermagem<br>Trabalhos e Feridas<br>Enfermeira<br>480.579-ENF                                                                                                                                                                            |                    |
| 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                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |    |        |               |
| 19                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |    |        |               |
| 20                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |    |        |               |
| 22                                                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |    |        |               |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.<br>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |       |    |        |               |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |    |        |               |
| CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ                                                                                                                                                                                 |                                                   |       |    |        |               |
| SINAIS VITA                                                                                                                                                                                                        | PA                                                | FC    | FR | TEMP   |               |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                | 104/50                                            | 81    |    | 36,5°C |               |
| 12 H                                                                                                                                                                                                               | 139/99                                            | 85    |    | 35,8°C |               |
| 18 H                                                                                                                                                                                                               | 122/80                                            |       |    | 35,6°C |               |
| 24 H                                                                                                                                                                                                               | 110/60                                            | 72    |    | 36,2°C |               |

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

12h - 3 pct. segue no leito, sem queixas algicas, item 5, não administra-  
trando, a pedido SSVV, segue dos curativos

Segue SSVV segue nos curativos

Segue 95 Volam. Paracetamol 750mg 1x/6h e SSVV nos curativos



## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|  |            |                                                  |                                |
|--|------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
|  | <b>HGR</b> | <b>Paciente:</b> <u>Molene de Sousa Sobrinho</u> | <b>Data:</b> <u>17/04/2020</u> |
|  |            | <b>Leito:</b> <u>22</u>                          |                                |

| Localização                             |  | Região: <u>MJE</u><br>Grau: I ( ) II ( <u>X</u> ) III ( ) IV ( )<br>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) V<br>( <u>X</u> ) Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |  | Região:<br>Grau: I ( ) II ( )<br>( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) V<br>( ) Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
|-----------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Aparência do Leito                      |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Pele Perilesional                       |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Tipo de Exsudato                        |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Quantidade de Exsudato                  |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Solução de Limpeza                      |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Cobertura primária                      |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Troca                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Profissional que realizou procedimento: |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |
| Observações:                            |  |                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                    |

Alexandre de Sousa Sobrinho  
 Enfermeiro  
 CRM 10.141/2006  
 CPF 012.123.456-78  
 Data: 17/04/2020



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                          |       |     |      | 8 <sup>h</sup>                                  |
| 5                                                                                                                                                                                                          | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 12 <sup>h</sup> 18 <sup>h</sup> 24 <sup>h</sup> |
| 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 VITA                                                                                                                                                                                                | PA                                                | FC    | FR  | TEMP |                                                 |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 100x70                                            | 91    | 20  | 36,6 |                                                 |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 110x80                                            | 89    | 21  | 36,5 |                                                 |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 110x60                                            | 45    | 20  | 36,5 |                                                 |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 100x80                                            | 77    | 19  | 36,3 |                                                 |

Dr. Lael do Santos da Silveira

Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia

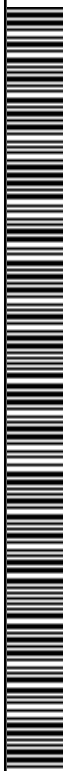
CRM-RR 2015





VBS: As 18:00 da dia 28/04/20, (O paciente) a paciente no leito m  
licada e em 18m intercorrência e segue aos cuidados  
de enfermagem

João de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 009 451 072





# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

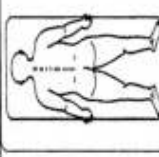

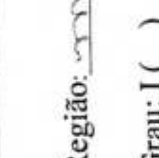
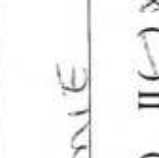
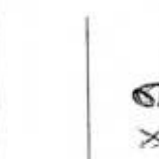
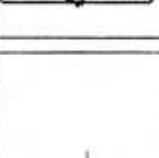


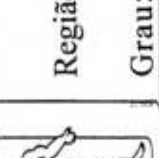
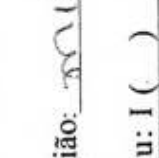



Paciente:

Marlene Souza Silva

Leito: 22

Data:

18 / 04 / 2020

|                                         |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                                                  |                            | Região: <u>ME (Perna)</u><br>Grau: I ( ) II ( <input checked="" type="checkbox"/> )                                                                                                 |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |                            | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma: <u>Tração</u> Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros                       |                            | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros                        |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                              |                            | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                                              |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                            |                             | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                                            |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                  |                              | ( ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                  |
| Solução de Limpeza                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                     |                              | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                 |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Outro: <u>AGE</u>           |                              | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                                          |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                 |                              | ( ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                 |
| Profissional que realizou procedimento: | <br>COF. 133.433.433.433                                                                       | <br>COF. 133.433.433.433 | <br>COF. 133.433.433.433                                                                       |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                     |



| 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                     |       |     |      | 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)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.<br>GLICOSE ≥ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |       |     |      |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                     |                                                   |       |     |      |            |
| CIRURGIA MARCADA P/ 16/04/20 MANHÃ                                                                                                                                                                                   |                                                   |       |     |      |            |
| SINAIS VITA                                                                                                                                                                                                          | 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°C |            |

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

22



22

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                     |                                                   |     |           |      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|-----------|------|------------------|
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                                     |                                                   |     |           |      |                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                               |                                                   |     |           |      |                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                  |                                                   |     |           |      |                  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                   |                                                   | E   |           | DN   |                  |
| PACIENTE <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                                                                                |                                                   |     |           |      |                  |
| DIAGNÓSTICO <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                                                                                                                                                                           |                                                   |     |           |      |                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                           | DIPIRONA E AINES                                  | HAS | NÃO       | DM2  | NÃO              |
| IDADE                                                                                                                                                                                                              | LEITO                                             |     | <b>22</b> | DATA | <b>20/4/2020</b> |
| 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)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.<br>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                   |     |           |      |                  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                   |                                                   |     |           |      |                  |

PENDENTE ECG E RISCO

Pcte 1/0. LEIXAS

BEB, CCC COM EUPNEIA HIDRATADA.

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 120x70 | -  | -  | 36,0 |
| 12 H        | 130x90 | 85 | -  | 36,2 |
| 18 H        | 120x80 | 88 | -  | 36,0 |
| 24 H        | 110x80 | -  | -  | 36,1 |

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

12h Realizada medicação e SSVV matutina CPM de rotina

18:00h. Fez SSVV, CPM. a med.

CPM. Ceftriaxona

06h post em repouso no leito, lucido, orientado; respirando em ar ambiente, normotenso; funções fisiológicas presentes



22

|                                                                                                                                                                                                                               |                                                   |       |           |      |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----------|------|-----------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |           |      |                       |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO                                                                                                                                                                                                |                                                   |       |           |      |                       |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                          |                                                   |       |           |      |                       |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                             |                                                   |       |           |      |                       |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                              |                                                   | E     |           | DN   |                       |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                      | <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                        |       |           |      |                       |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                   | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                      |       |           |      |                       |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                      | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO       | DM2  | NÃO                   |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                         |                                                   | LEITO | <b>22</b> | DATA | <b>21/4/2020</b>      |
| 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                          |       |           |      | <del>36°C</del>       |
| 5                                                                                                                                                                                                                             | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |           |      | <del>12 18 24 6</del> |
| 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                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |       |           |      |                       |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):<br/>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br/>6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,<br/>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                   |       |           |      |                       |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                       |                                                   |       |           |      |                       |

PENDENTE ECG E RISCO

|             |        |    |    |        |                                         |
|-------------|--------|----|----|--------|-----------------------------------------|
| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP   |                                         |
| 6 H         | 125x74 | 74 |    | 36.6°C | Lael Silva (Res Ortop)<br>CRM/RR 2015   |
| 12 H        | 110/79 | 83 |    | 36.3°C | Loamir Viana (Res Ortop)<br>CRM/RR 2124 |
| 18 H        | 110/75 | 77 |    | 36.4°C | Don Martins (Res Ortop)<br>CRM/RR 2038  |
| 24 H        | 123x84 | 90 |    | 36.9°C | Bruno Vieira (Res Ortop)<br>CRM/RR 1231 |

19as 07hs -> Paciente medicada CRM, aferido  
os SSVV. Tec: Benivalda



|                                      |                                                   |       |     |      |            |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|------------|
| 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 |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

#### PENDENTE ECG E RISCO

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP  |
|-------------|--------|----|----|-------|
| 6 H         | 110x70 | 69 |    | 35.7° |
| 12 H        | 115x93 | 77 |    | 36.2° |
| 18 H        | 110x70 | 84 |    | 35.1° |
| 24 H        | 120x80 | 83 |    | 36°   |

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

Rafaela Marcelle de S. Campello  
Téc. Farmácia  
COREN-RR 903.942 - TF.

12:00h: Adm. medicação C-P-1  
SSVV. 100mg  
18:00h: Adm. medicação  
Realizado SSVV/CORON 926694

06h. Afundo SSVV. ADM. as med.  
CPM. Sem queixas, segue com  
cuidados da enfermagem.

FRANCIELLE F. SILVA  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 903.942 - TF.







| 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 Pancreat</i> |       |     |      | 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                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

PENDENTE ECG E RISCO

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 100/50 | 34 |    | 36,3 |
| 12 H        | 111/80 | -  | -  | 36,6 |
| 18 H        | 111/70 | 69 |    | 36,6 |
| 24 H        | 118/83 | 36 |    | 36,2 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Dog Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

11. Paciente no leito m.e. venopuncto  
SSVV sem queixas ou: Roraima.

18/11/2020 no 220

para monitorar por

SSVV sem queixas

ambos após o exame 06/07/2020



05:00 Realizado Coleta

*ffero.*  
Jaqueline Inácio Ferro  
Aux. de Enfermagem  
COREN-RR 556.273

23 das 19h às 07:00h  
04 Administrado  
20 Medicamento  
20 Horário, Aperto  
Sinais vitais.

Reinanda R. de S.  
COREN-RR 60.842-TE



| 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 | 24/4/2020  |
| 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                          |       |     |      |            |
| 5                                    | PARACETAMOL 750MG VO 1CP 6/6H                     |       |     |      | 6/12       |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN  |       |     |      | 12/18/24/6 |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

PENDENTE ECG E RISCO

| SINAIS VITA PA | FC     | FR | TEMP |      |
|----------------|--------|----|------|------|
| 6 H            | 120/80 | 80 | -    | 36   |
| 12 H           | 120/80 |    |      | 36,3 |
| 18 H           | 120/80 |    |      | 36,4 |
| 24 H           | 120/80 | 72 | -    | 36,6 |

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

As 13as Administrado medicação em  
Verificado SSN Tei Roxo

As 19h - Paciente acordada, consciente no tempo e espaço, eupneica,  
avoz. DVP membro superior direito, queixou-se de dor no acesso.  
Foi realizado o acesso e a medicação foi administrada sem

22







## AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



33

NOME: Marlene Souza Silva

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   |
| - PO <sub>2</sub> < 60 ou PCO <sub>2</sub> > 50       | ( ) |
| - K < 3 mEq/L                                         | ( ) |
| - HCO <sub>3</sub> < 20mEq/L                          | ( ) |
| - Uréia > 100mg/dl ou Creatinina > 3mg/dl             | ( ) |
| - AST anormal                                         | ( ) |
| - Paciente acamado por causa não cardíaca             | ( ) |
| Cirurgia Intraoperatória, Intratorácica ou Aórtica    | 3   |
| Cirurgia de Emergência                                | 4   |

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

H.D.A: \_\_\_\_\_

H.P.P.: hige HPS ou DM

Cirurgias prévias: logoneure.

Reflexo abdo e diaphragma

H.FAM.: φ

Tabagismo: φ

Etilismo: φ

Exame físico: supina

A.C.: RR 24 BVS H. 10mm.

PA: 120 x 80 mmHg FC: 72 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 105 g/dl; Ht 35 %; Leucócitos 11070 PLT 163.000;

- TC - TS - TAP 34" INR 1,0

- Glicose: 92 Uréia: 36 Creat: 0,6 TGO: 92 TGP: 8

Radiografia de Tórax: ST (N)

ECG: RS, ST (N)

Comentários: Admission In

Boa Vista/RR, 24/04/2020

Luís Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica e Cardiologia  
CRM: 100000  
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 <i>cl. paciente</i> |       |     |      | 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                                   |                                                   |       |     |      |            |
| 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 M/L EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

PENDENTE ECG E RISCO

|             |        |    |    |        |                                         |
|-------------|--------|----|----|--------|-----------------------------------------|
| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP   |                                         |
| 6 H         |        |    |    |        | Lael Silva (Res Ortop)<br>CRM/RR 2015   |
| 12 H        | 120/88 | 95 |    | 35,9°C | Loamir Viana (Res Ortop)<br>CRM/RR 2124 |
| 18 H        | 99/67  | 79 |    | 36,9°C | Don Martins (Res Ortop)<br>CRM/RR 2038  |
| 24 H        | 130x90 | 81 |    | 35,7°C | Bruno Vieira (Res Ortop)<br>CRM/RR 1231 |

11:00 Paciente recusa colocação de AVP e item de medicação S, por está sem dor. Tã Charlene //



|                                      |                                                     |       |     |      |             |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|------|-------------|
| 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   |
| 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                            |       |     |      | 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                                    | ONDASTRONA 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 M/L EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | FR | TEMP |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | 130/70 | 83 |    | 36,2 |
| 12 H          | 140/97 | 84 |    | 36,2 |
| 18 H          | 131/91 | 80 |    | 36,4 |
| 24 H          | 130/70 | 75 |    | 36,0 |

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

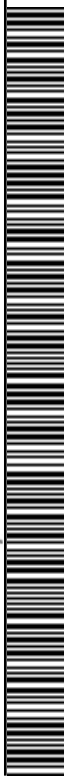
Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

paciente no leito, estando sem queixas após o SSVV e sig-  
nais clínicos da lesão.





22

|                                      |                                                                                                                                                                                                                    |       |           |      |                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|------|------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                                                                                                                                                                                    |       |           |      |                  |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                                                                                                                                                                                    |       |           |      |                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                                                                                                                                                                                    |       |           |      |                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                                                                                                                                                                                    |       |           |      |                  |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                                                                                                                                                                                    | E     |           | DN   |                  |
| PACIENTE                             | <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                                                                                         |       |           |      |                  |
| DIAGNÓSTICO                          | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                                                                                                                                                                                       |       |           |      |                  |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                                                                                                                                                                                   | HAS   | NÃO       | DM2  | NÃO              |
| IDADE                                |                                                                                                                                                                                                                    | LEITO | <b>22</b> | DATA | <b>26/4/2020</b> |
| 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 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)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350:<br>6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML.<br>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |           |      |                  |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 120x60 | 90 |    | 36,2 |
| 12 H        | 120x20 | 82 |    | 35,9 |
| 18 H        | 120x90 | 78 |    | 35,8 |
| 24 H        | 110x40 | 62 |    | 36,2 |

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

Carla Zuehl G. M. Araujo  
Téc. em Enfermagem  
CRP 123456


12.00h. Efetuado SSVV, adm. a med. cpm.

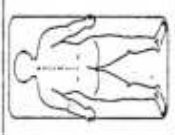
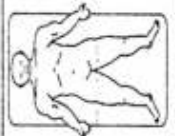
18h. Administrado medicações  
p.m. Efetuado SSVV, segue em  
melhor estado:

Jacqueline de Aguiar  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 54997-TE



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                             |                                      |                         |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em     | Protocolo: 1                         | Versão: 08              | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - HGR | Paciente: <u>Martine Souza Silva</u> | Data: <u>27/04/2020</u> |                    |                    |

|                                         |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Localização                             |                                                                         | Região: <u>MIE</u><br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                   |                                                                           | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                                                        |
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: _____ |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                             | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                             | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                             | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfácelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros _____                             |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro: _____                                                                                   |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco<br>( ) Outro: _____                                                                 |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                                             |
| Solução de Limpeza                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                                                |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>Adonilde Vieira Araújo</u>                                       | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>Adonilde Vieira Araújo</u>                                       | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>Adonilde Vieira Araújo</u>                                       | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro: <u>Adonilde Vieira Araújo</u>                                       |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                            | ( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h                                                                                                                            |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE                                                                                     | Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE                                                                                     | Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 507.795/TE                                                                                     | Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica em Enfermagem<br>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                             | <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                                                                                                                                                                                        |       |           |      |                  |
| DIAGNÓSTICO                          | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                                                                                                                                                                                      |       |           |      |                  |
| ALERGIAS                             | <b>DIPIRONA E AINES</b>                                                                                                                                                                                           | HAS   | NÃO       | DM2  | NÃO              |
| IDADE                                |                                                                                                                                                                                                                   | LEITO | <b>22</b> | DATA | <b>28/4/2020</b> |
| 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 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)<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:<br>6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML<br>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |           |      |                  |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         |        |    |    |      |
| 12 H        | 110/70 | 82 |    | 36,4 |
| 18 H        | 119/70 | 89 |    | 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

12/11 pontos no não  
furo muito esp  
- 55/100 (4/20/16)



| 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 Silva</u>                                                                                                                                          |  | DN: <u>___/___/___</u>                                                                                                      |                  |
| Hipótese Diagnóstica: _____                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |                  |
| Precaução: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos                                            |  |                                                                                                                             |                  |
| Alergia: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não                                                                                                                       |  | Qual (is): <u>Dipirona / Diclofenaco</u> Sexo: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( ) M                              |                  |
| Paciente Indígena: ( ) Não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim                                                                                                             |  | Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma: _____                                                               |                  |
| Possui acompanhante: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não                                                                                                           |  | Obs: _____                                                                                                                  |                  |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Comprometida:                                                                     |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                             |                  |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Consciente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: _____              |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>PUPILAS</b>                                                                                                                                                                     |  | <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                                                                                    |                  |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico                     |  | ( ) Alterações: _____                                                                                                       |                  |
| ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes                                                                                                                                  |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |                  |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração |  |                                                                                                                             |                  |
| Oxigenoterapia ( ) Sim ( ) Não Qual: _____                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                                                                                                      |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                                                                                                  |                  |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso               |  | Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente                                                                                |                  |
| ( ) Pulso Chelo ( ) Filiforme ( ) Arritmico                                                                                                                                        |  | Alterações: _____                                                                                                           |                  |
| Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____                                                                                                                                 |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                                                                                                                                                  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                                                                               |                  |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen ( <input checked="" type="checkbox"/> ) TVO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT                       |  | Aceitação da dieta: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não ( ) Parcial                                         |                  |
| ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia                                                                                                                                            |  | Evacuações: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Presente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ausente ( ) Colostomia |                  |
| ( ) Irrigação contínua: ( ) Outros: _____                                                                                                                                          |  | Alterações: _____                                                                                                           |                  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                                                                                                     |  | Flatos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Presente ( ) Ausente                                                        |                  |
| ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Edema Local: _____                                                                             |  | Risco de Lesão Sinalizado: _____                                                                                            |                  |
| ( ) Normocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |                  |
| Lesão por pressão: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Região: _____                                                                                               |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |                  |
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: <u>2º antebraço</u> Data: <u>28/04</u> Trocar em: <u>___/___/___</u>                                                                    |  |                                                                                                                             |                  |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: _____ Curativo realizado em: <u>28/04</u> Trocar em: <u>___/___/___</u>                                                                    |  |                                                                                                                             |                  |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |                  |
| Dreno de: _____ Aspecto da secreção: <u>2</u> Quantidade: <u>2</u>                                                                                                                 |  |                                                                                                                             |                  |
| Curativos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não Local: <u>MIE</u>                                                                                                   |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                             |                  |
| ( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Lesão por Pressão                                                                                         |  | ( ) Risco de Quedas                                                                                                         |                  |
| ( ) Risco de infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração                                                                                           |  | ( ) Eliminação urinária prejudicada                                                                                         |                  |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Comunicação deficiente                                                                                  |  |                                                                                                                             |                  |
| ( ) Risco de constipação ( ) Risco de integridade da pele prejudicada                                                                                                              |  |                                                                                                                             |                  |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal                                                                                            |  |                                                                                                                             |                  |
| ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado                                                                                                                    |  |                                                                                                                             |                  |
| ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene                                                                                                          |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                                                                                             |  | <b>Prescrição de Cuidado Prev Quedas</b>                                                                                    |                  |
| 1. Histórico de Queda                                                                                                                                                              |  | ( ) Manter grades laterais elevadas                                                                                         |                  |
| Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações                                                                                                                                     |  | ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação                                                                  |                  |
| Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação                                                                                                                                    |  | ( ) Auxiliar o paciente na higiene                                                                                          |                  |
| 2. Diagnóstico Secundário                                                                                                                                                          |  | ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama                                                                     |                  |
| Não 0 Risco Baixo: 0 - 24                                                                                                                                                          |  | ( ) Manter cama com rodas travadas                                                                                          |                  |
| Sim 15 Risco Médio: 25 - 44                                                                                                                                                        |  | ( ) Necessidade de contenção ao leito                                                                                       |                  |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado                                                                                                                                       |  | ( ) Manter vigilância de <u>___</u> horas.                                                                                  |                  |
| Não 0 Risco Alto: Maior que 45                                                                                                                                                     |  | ( ) Calçado seguro nos pés                                                                                                  |                  |
| Sim 20 Sinalização do Risco: _____                                                                                                                                                 |  | ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão                                                                               |                  |
| 4. Auxílio na Deambulação                                                                                                                                                          |  | ( )                                                                                                                         |                  |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                             |                  |
| Muleta/Bengala/Andador 15                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                             |                  |
| Mobilidade Paralela 30                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |                  |
| 5. Marcha/Deambulação                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                             |                  |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                             |                  |
| Frac 10                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                             |                  |
| Comprometida/Cambaleante 20                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                             |                  |
| <b>Registro Geral:</b>                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |                  |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____                                                                                                                                             |  |                                                                                                                             |                  |



|                                      |                                                   |       |     |      |             |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|-------------|
| 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) Nelson  |
| 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                                    | ONDASTRONA 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | FR | TEMP |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | 110x70 | 75 | 17 | 36,2 |
| 12 H          | 114/76 | 70 | -  | 36,0 |
| 18 H          | 116/79 | 71 | -  | 35,8 |
| 24 H          | 110x70 | 64 | 17 | 36,3 |

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

06/10/2020 Paciente em leito, refere dor moderada, administrada medicação c.p.m., exame físico (4) paciente reativo, sem queixas. Segue sob cuidados da enfermagem. Te



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 | 30/4/2020   |
| 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                          |       |     |      |             |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA PA | FC | FR | TEMP   |
|----------------|----|----|--------|
| 6 H 140x94     | 75 |    | 36°C   |
| 12 H 130x78    | 71 |    | 36,7°C |
| 18 H 130x80    | 72 |    | 36,0°C |
| 24 H 130x90    | 70 |    | 36,0°C |

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

12h - 3 pct. no leito, sem queixas algicas, aferido 36,7°C

prontidão de emergência = paciente sem queixas

1ª Período SSVV, segue aos cuidados da enfermagem.

Francenilde P. da S.  
COREN - RR 355.76



| <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data: <u>30/04/2020</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Enfermaria: <u>02</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Leito: <u>22</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Nome Completo: <u>Marlene Sousa Silva</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| DN: <u>1/1/</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Hipótese Diagnóstica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| Precisão: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos<br>Alergia: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não Qual (is): <u>Dipirona / Diclofenaco</u> Sexo: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) F ( ) M<br>Paciente Indígena: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não ( ) Sim Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Qual idioma: _____<br>Possui acompanhante: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não Obs: _____<br>Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Comprometida: _____ |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Consciente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações: _____<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <b>PUPILAS</b><br/> <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica<br/> ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes                         </div> <div style="width: 48%;"> <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br/> <input checked="" type="checkbox"/> Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico<br/> ( ) Alterações: _____                         </div> </div>                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração<br>Oxigenoterapia ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico<br>( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico<br>Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso<br>Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente<br>Alterações: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen<br>( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia<br>( ) Irrigação contínua ( ) Outros: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT<br>Aceitação da dieta: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não ( ) Parcial<br>Evacuações: ( ) Presente ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ausente ( ) Colostomia<br>Alterações: _____<br>Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente<br>( ) Edema Local: _____                                                                                                          |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>RISCO DE LESÃO SINALIZADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada<br>( ) Normocorada ( ) Ictérica<br>Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Risco de Lesão Sinalizado: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não<br>Cateter Central: ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não<br>Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não<br>Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____<br>Curativos: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Sim ( ) Não Local: <u>MSE</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Local: <u>1º Acesso</u> Data: _____ Trocar em: _____<br>Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de infecção<br><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br><input type="checkbox"/> Risco de constipação<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada<br><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene |  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão<br><input type="checkbox"/> Risco de Quedas<br><input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input type="checkbox"/> Comunicação deficiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| <b>Escala de Morse</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>Prescrição de Cuidado Prev Quedas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| <b>1. Histórico de Queda</b><br>Não 0<br>Sim 25<br><b>2. Diagnóstico Secundário</b><br>Não 0<br>Sim 15<br><b>3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</b><br>Não 0<br>Sim 20<br><b>4. Auxílio na Deambulação</b><br>Nenhum/Acamado/Auxiliado 0<br>Muleta/Bengala/Andador 15<br>Mobiliário Parede 30<br><b>5. Marcha/Deambulação</b><br>Normal/Sem deambulação/Acamado 0<br>Fraca 10<br>Comprometida/Cambaleante 20                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | <b>6. Estado Mental</b><br>0 Orientado/limitado/conhece as limitações<br>15 Superestima capacidade/Esquece limitação<br><b>TOTAL:</b><br>0 Risco Baixo: 0 - 24<br>15 Risco Médio: 25 - 44<br>Risco Alto: Maior que 45<br>Sinalização do Risco:<br><input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem<br><input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito                                               |  |
| <b>Registro Geral:</b><br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |



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

[illegible][illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

PERÍODO VESPERTINO

Paciente em leito  
1076, SSV para no-  
dos.


ASS:

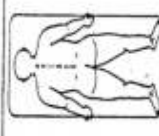

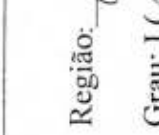
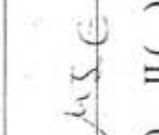
PERÍODO NOTURNO

Ass: Jucé Sauer



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                         |                         |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em | Protocolo nº 1          | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - |                         |            |                    |                    |
|                                                                                     | HGR                     |                         |            |                    |                    |
| Paciente: <u>João Carlos de Souza Silva</u>                                         |                         | Data: <u>30/04/2020</u> |            |                    |                    |
| Leito: <u>22</u>                                                                    |                         |                         |            |                    |                    |

| Localização                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              | Região: <u>JSC</u><br>Grau: I ( <input checked="" type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | Região: <u></u><br>Grau: I ( <input type="checkbox"/> ) II ( <input type="checkbox"/> )                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               | ( <input type="checkbox"/> ) LPP I II III IV ?* ( <input type="checkbox"/> ) Queimadura ( <input type="checkbox"/> ) Cirurgia ( <input type="checkbox"/> ) DM ( <input type="checkbox"/> ) Vascular<br>( <input checked="" type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) ortopedia<br>( <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"/> ) Vascular<br>( <input type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) ortopedia<br>( <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"/> ) Vascular<br>( <input type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) ortopedia<br>( <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"/> ) Vascular<br>( <input type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) ortopedia<br>( <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"/> ) Vascular<br>( <input type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) ortopedia<br>( <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"/> ) Vascular<br>( <input type="checkbox"/> ) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ( <input type="checkbox"/> ) ortopedia<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                                                 | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Normal ( <input type="checkbox"/> ) Macerado ( <input type="checkbox"/> ) seca ( <input type="checkbox"/> ) Eritema / Rubor<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                                      |
| Tipo de Exsudato                        | ( <input type="checkbox"/> ) Purulento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Seroso ( <input type="checkbox"/> ) Sanguinolento ( <input type="checkbox"/> ) Serossanguíneo ( <input type="checkbox"/> ) Seco<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <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<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                           |
| Quantidade de Exsudato                  | ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco                                                                                                                                                                                                                                                       | ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco                                                                                                                                                                                                                                            | ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco                                                                                                                                                                                                                                            | ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco                                                                                                                                                                                                                                            | ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco                                                                                                                                                                                                                                            | ( <input type="checkbox"/> ) Molhado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Úmido ( <input type="checkbox"/> ) Seco                                                                                                                                                                                                                                            |
| Solução de Limpeza                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                               | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                    | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                    | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                    | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                    | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Soro Fisiológico 0,9% ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Clorexidina 2% ( <input type="checkbox"/> ) Álcool 70%                                                                                                                                                                                                    |
| Cobertura primária                      | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                             | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel<br>( <input type="checkbox"/> ) Outro:                                                                                                                                  | ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Gaze ( <input type="checkbox"/> ) Colagenase/Fibrinase ( <input type="checkbox"/> ) Sulfadiazina de Prata ( <input type="checkbox"/> ) Hidrogel<br>( <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                                                                                                                                                                                                                                           | ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                           | ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                           | ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                           | ( <input type="checkbox"/> ) 12/12 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Diário ( <input type="checkbox"/> ) 48/48h                                                                                                                                                                                                                                           |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Sebastião Paulo F. da Silva</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.111                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <u>Ana Carolina da Silva Gomes</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.022                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Ana Carolina da Silva Gomes</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.022                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Ana Carolina da Silva Gomes</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.022                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Ana Carolina da Silva Gomes</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.022                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <u>Ana Carolina da Silva Gomes</u><br>Téc. em Enfermagem<br>COREN-RR 934.022                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Observações:                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |



2 2 2

|                                      |                                                     |       |     |      |            |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|-----|------|------------|
| 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                            |       |     |      | 6h sem AP. |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 123/86 | 79 |    | 35.8 |
| 12 H        | 110/81 | 69 |    | 36.4 |
| 18 H        | 132/72 | 68 |    | 36.4 |
| 24 H        | 120/80 | 66 |    | 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 1231

03/05/19: Verificado SSV + curativo






19 as 07 - adm. med eprn .  
afendo SSVT . Segue  
aos cuidados da Enfermagem .

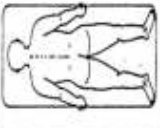
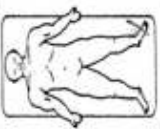
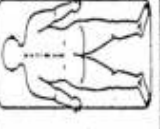

Marcia Antonia Costa  
Aux. de Enfermagem  
Cofre N° 149.284





# EVOLUÇÃO DO CURATIVO

|                                                                                     |                             |                       |            |                    |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|------------|--------------------|--------------------|
|  | Núcleo de Enfermagem em     | Protocolo nº 1        | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 2/2020 |
|                                                                                     | Tratamento de Feridas - HGR |                       |            |                    |                    |
| Paciente: <u>Martina Souza Silva</u>                                                |                             | Data: <u>01/05/20</u> |            |                    |                    |
| Leito: <u>00122</u>                                                                 |                             |                       |            |                    |                    |

| Localização                             |                                               |  | Região: <u>MIC</u><br>Grau: I ( ) II ( )                                                         |  |  | Região: _____<br>Grau: I ( ) II ( )                                                                                              |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etiologia                               | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) DM ( ) Vascular<br>( ) Trauma : Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia<br>( ) Outro: |
| Aparência do Leito                      | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros        |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização<br>( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros         |
| Pele Perilesional                       | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                               |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor<br>( ) Outro:                                                               |
| Tipo de Exsudato                        | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                             |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco<br>( ) Outro:                                             |
| Quantidade de Exsudato                  | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                   |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco                                                                                                   |
| Solução de Limpeza                      | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                      |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%                                                                      |
| Cobertura primária                      | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                           |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel<br>( ) Outro:                                           |
| Troca                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário                                                                                                             |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   | ( ) 12/12 ( ) Diário                                                                                                             |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Maria de Fátima N. Viana</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PA 449.709                                                    | <u>Jucilene Moreira</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PA 453.554               | <u>Cláudia Carvalho Gotado</u><br>Gerente de Núcleo<br>Tratamento de Feridas<br>COREN-PA 453.554 |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                                  |
| Observações:                            | <u>Martina Souza Silva</u><br><u>Martina de Fátima N. Viana</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-PA 449.709                    |                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                                  |



|                                      |                                                   |       |     |      |          |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|----------|
| 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 GLUCOSE ≤ 70 DL/ML,  
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         | 120/80 | 80 |    | 36,0 |
| 12 H        | 130/80 | 67 | 17 | 36,1 |
| 18 H        | 110/80 | 71 |    | 36,0 |
| 24 H        | 125/83 | 70 |    | 35,6 |

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

19/05/2020 paciente orientado,  
administrado medicação  
segundo as ordens da  
enfermagem.

Membro da Equipe da Silva  
Assistente de Enfermagem  
Assistente de Enfermagem



h 53  
22

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA           |                                                   |       |     |      |                |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|-----|------|----------------|
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO           |                                                   |       |     |      |                |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA     |                                                   |       |     |      |                |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                        |                                                   |       |     |      |                |
| DATA DE ADMISSÃO                         |                                                   | E     |     | DN   |                |
| PACIENTE <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>      |                                                   |       |     |      |                |
| DIAGNÓSTICO <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b> |                                                   |       |     |      |                |
| ALERGIAS                                 | DIPIRONA E AINES                                  | HAS   | NÃO | DM2  | NÃO            |
| IDADE                                    |                                                   | LEITO | 22  | DATA | 3/5/2020       |
| ÍTEM                                     | PRESCRIÇÃO                                        |       |     |      | HORÁRIO        |
| 1                                        | DIETA ORAL LIVRE, 2 <sup>ena</sup> APÓS 22h       |       |     |      | SND            |
| 2                                        | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                          |       |     |      | MANTER         |
| 3                                        | SF 0,9% 500ml EV <del>ACM</del> 8/8h              |       |     |      | <del>ACM</del> |
| 4                                        | OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA                          |       |     |      | 6 <sup>h</sup> |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITA | PA     | FC | FR | TEMP |
|-------------|--------|----|----|------|
| 6 H         |        |    |    |      |
| 12 H        | 130x80 | 73 |    | 36,3 |
| 18 H        | 140x90 | 79 |    | 36,3 |
| 24 H        | 140x70 | 76 |    | 36,3 |

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

DEB 120x80 84 - 36,9



Carla S. S. S. S.  
Téc de Enfermagem  
COREN-RR 13010



Anexo I

| SUS Sistema Único de Saúde                                                                 |  | Ministério da Saúde |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |                                                                                        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                                  |  |                     |  | 2 - CNES                                                       |  |                                                                                        |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                     |  |                     |  | 4 - CNES                                                       |  |                                                                                        |  |
| Identificação do Paciente                                                                  |  |                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                           |  |                                                                                        |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                         |  |                     |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  | 9 - SEXO                                                                               |  |
| 203403226324417                                                                            |  |                     |  | / /                                                            |  | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3 |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                            |  |                     |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  | Nº DO TELEFONE                                                                         |  |
| Raquel Maria Bonato da Souza Silva                                                         |  |                     |  | DDD                                                            |  |                                                                                        |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                            |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                               |  |                     |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                       |  | 15 - UF                                                                                |  |
| BV                                                                                         |  |                     |  | 242                                                            |  | RJ                                                                                     |  |
| 16 - CEP                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| Fratura de fêmur lateral (E)                                                               |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| Tratamento Cirúrgico                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)        |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| RX                                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| Fratura fêmur lateral (E)                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                              |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                  |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| Autossutura                                                                                |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                               |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                                             |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                         |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                           |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                     |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                              |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                          |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 37 - Nº DO BILHETE                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 38 - SÉRIE                                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 41 - CBOR                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                             |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                      |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                            |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 45 - DOCUMENTO                                                                             |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                    |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                     |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |
| 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                            |  |                     |  |                                                                |  |                                                                                        |  |





GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## BOLETIM OPERATÓRIO

### BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 04 / 05 / 2020 O.S. \_\_\_\_\_

Martim Souza Gomes

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Junctura de Unidolo Unidol (E)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Outrainstabil

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. Rosário

1º AUXILIAR: Dr. Dorian

2º AUXILIAR: Dr. Rosário

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Documento um DDH modo amputado;
2. AA + CCE;
3. Incisão oblíqua sobre unidolo unidol + dissecção + Unidolo + parafuso de 2 parafusos em parafusos com parafuso + contusão mucronóscopica + LMC + Sutura + amputado;
4. ARPA.





### FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 300 Visão - 17/11

| A        |      | 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|------|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| S        | N 20 |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 02   |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LIQUIDOS |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| VENOSOS  |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DA       | °C   | 240                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X        | 32   | 220                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ULSO     | 36   | 200                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| •        |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANES     | 34   | 180                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X        | 32   | 160                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OP       | 20   | 140                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Q        |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEMP     |      | 120                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □        |      | 100                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASPIR.   |      | 80                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A        |      | 60                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESP     |      | 40                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O        |      | 20                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Expos    |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Asist    |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Contro   |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SÍMBOLOS |      |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AGENTES                                      | DOSES    | TÉCNICA                      | ANOTAÇÕES                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------|----------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A                                            |          |                              | 1 monitorização                                                                                                                                                            |
| B                                            |          | 2.0g/kg anestesia            | ① Checar                                                                                                                                                                   |
| C                                            |          | comba                        | ② Antissepsia região combar<br>com álcool 70% + solução 1/1;<br>1g/Lha e 5.6 de quito.                                                                                     |
| D                                            |          |                              | Mecanismo, m. co, san ocident                                                                                                                                              |
| E                                            |          |                              | Líquido claro nemotens                                                                                                                                                     |
| F                                            |          |                              | ③ Ligação de 15 A.                                                                                                                                                         |
| G                                            |          |                              | Rley Sabifotens                                                                                                                                                            |
| GLICOSE                                      | LÍQUIDOS | Cácula - Naso / Oro Faríngea |                                                                                                                                                                            |
| INDIC                                        |          | Naso / Orofaríngea - Cega    |                                                                                                                                                                            |
| SANGUE                                       |          | Sol - Tamp - Calibre do Tubo |                                                                                                                                                                            |
|                                              |          | Sol Máscara                  |                                                                                                                                                                            |
|                                              |          | Dificuldade Técnica          |                                                                                                                                                                            |
|                                              |          | TEMPO DE ANESTESIA           |                                                                                                                                                                            |
| TOTAL                                        |          |                              |                                                                                                                                                                            |
| OPERAÇÃO                                     |          |                              | <p>Laríngio - Espasmo - Excesso Secre</p> <p>Depressão Respiratória - Hipoxia</p> <p>"Bucking" - Vômito</p> <p>Hemorragia - Arritmia</p> <p>Bradi Taquicardia - Choque</p> |
| <p>posteriormente frustro molesta M. (E)</p> |          |                              |                                                                                                                                                                            |
| ANESTESIA                                    | CÓDIGO   | CIRURGIA                     | PERDA SANGÜÍNEA                                                                                                                                                            |
| Dr. Ruy                                      |          | Dr. Ruy                      |                                                                                                                                                                            |

~~Alberto F. M. Herrera~~  
~~Médico Anestesiologista~~  
~~CRM 307/RR~~





## PRÉ- ANESTÉSICO

Nome: \_\_\_\_\_ Enf.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Serv.: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Alt.: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_  
Diagn. Pré-OP: \_\_\_\_\_  
Cir. Proposta: \_\_\_\_\_  
Patrol Assoc.: \_\_\_\_\_

Anest. Ant.: \_\_\_\_\_

Alergia: \_\_\_\_\_

Alcool: \_\_\_\_\_ Fumo: \_\_\_\_\_

DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotráfico, hipotico,  
digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá,  
casopressor, (MAO, outros)

Estado Mental: \_\_\_\_\_ Boca: \_\_\_\_\_

Presença: \_\_\_\_\_ Veias: \_\_\_\_\_

RX: \_\_\_\_\_

Fases: \_\_\_\_\_

Hepatograma: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Parâcer Clínico: \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

| Medicação Pré - An. | DOSE | VIA | HORA |
|---------------------|------|-----|------|
|                     |      |     |      |
|                     |      |     |      |
|                     |      |     |      |

Sangue Tipo: \_\_\_\_\_ Leuc: \_\_\_\_\_ Hb: \_\_\_\_\_ Hct: \_\_\_\_\_

Hm: \_\_\_\_\_ tc: \_\_\_\_\_ ts: \_\_\_\_\_ p. Lago: \_\_\_\_\_

r. Coag: \_\_\_\_\_ Pq: \_\_\_\_\_ Ureia: \_\_\_\_\_

creat: \_\_\_\_\_ Glic: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ mEq/l

Cl: \_\_\_\_\_ mEq/lk \_\_\_\_\_ mEq/lpH \_\_\_\_\_ pO2

pCO2: \_\_\_\_\_ BA: \_\_\_\_\_ BB: \_\_\_\_\_ BS: \_\_\_\_\_ BE

URINA: d: \_\_\_\_\_ pH: \_\_\_\_\_ glic: \_\_\_\_\_ Alb: \_\_\_\_\_

Sedim: \_\_\_\_\_

Ap. gen. Un: \_\_\_\_\_

AP. Resp: \_\_\_\_\_

AP. Circ: \_\_\_\_\_

AP. Digi: \_\_\_\_\_

S. Osteo - Art: \_\_\_\_\_

S. Nerv: \_\_\_\_\_

S. Endoc: \_\_\_\_\_

Est. Fis (ASA): \_\_\_\_\_ AN. Proposta: \_\_\_\_\_

NB: \_\_\_\_\_

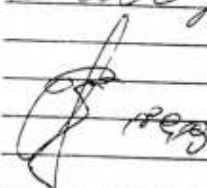
Assinatura

## PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Data: 04/05/20

Hora: 12:30

paciente obeso  
10 alto grau de obesidade  


Assinatura

NA ENFERMARIA

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

Hora: \_\_\_\_

Assinatura







ESTADO DE RORAIMA

\*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS\*

## CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                  |                   |                                |                  |                                                         |                    |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA    |                   | Especialidade:<br>Dermatologia |                  | Procedimento Realizado:<br>Dermatossintese frut. Medula |                    |
| Nome do Paciente:<br>Marlene Souza Silva         |                   | IDADE:<br>43                   | SEXO: F( ) M( )  | Nº do Prontuário                                        | Data<br>04/05/2020 |
| Bloco:<br>E                                      | Enfermaria:<br>52 | Leito:                         | Nº da Sala<br>04 | Circulante de Sala:<br>Ademilton R. Rafael              |                    |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: |                   |                                |                  |                                                         |                    |
| Dados dos materiais/Serviço                      |                   |                                |                  |                                                         |                    |

**Dados dos materiais/Serviço**

[illegible]

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Rogers 1º AUXILIAR: Dr. Dalsan

INSTRUMENTADOR:

|             |                                                                                   |        |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Empresa ( ) | Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )<br>ATHENA ( ) / MACON ( ) | Marca: |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: \_\_\_\_\_ 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: [scm@hgr@gmail.com](mailto:scm@hgr@gmail.com)





E  
M/average per 30 min 29

|                                          |   |
|------------------------------------------|---|
| lowest available in original comparison  | 1 |
| highest available in original comparison | 6 |



noted in

19. 10. 1951





|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>UANTE</b><br>into Auxiliar da Nota<br>scal Eletrônica  |                                                                                                                                                                             |
| <b>TRADA</b><br><b>DA</b>                                 | <b>CHAVE DE ACESSO</b><br>1413 1184 0362 6800 0173 5500 1000 0004 8516 3406 8139<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br><a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Sefaz Autorizadora |
| <b>000.000.485</b><br><b>érie 001</b><br><i>Folha 4/5</i> | <b>PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO</b><br>314130002114633 - 20/11/2013 09:18:02                                                                                                                                                                               |
| SUJST. TRIBUT.                                            | CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                           | 84.036.268/0001-73                                                                                                                                                                                                                                            |

NOME DO PACIENTE

Marlene

---

---

Notes

\_\_\_\_\_

CIRI

— JUAN FUSO ESPINO  
— JUAN FUSO ESPINO

|        |                  |
|--------|------------------|
| 001825 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001826 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001827 | PARAFUSO ESPONJO |

|        |                  |
|--------|------------------|
| 000169 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001828 | PARAFUSO ESPONJO |

|        |                  |
|--------|------------------|
| 001829 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001830 | PARAFUSO ESPONJO |

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 001831 | PARAFUSO ESPONJ |
| 001832 | PARAFUSO ESPONJ |

|        |                  |
|--------|------------------|
| 000162 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001756 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001767 | PARAFUSO ESPONJO |

|        |                  |
|--------|------------------|
| 001757 | PARAFUSO ESPONJA |
| 001758 | PARAFUSO ESPONJA |
| 001759 | PARAFUSO ESPONJA |

|        |                  |
|--------|------------------|
| 001760 | PARAFUSO ESPONJO |
| 001761 | PARAFUSO ESPONJO |

|        |                  |
|--------|------------------|
| 001763 | PARAFUSO ESPONJA |
| 000164 | PARAFUSO ESPONJA |

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 000165 | PARAFUSO ESPONJ |
| 001765 | PARAFUSO ESPONJ |
| 001766 | PARAFUSO ESPONJ |

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 001766 | PARAFUSO ESPONJ |
| 001767 | PARAFUSO ESPONJ |
| 000166 | PARAFUSO ESPONJ |

|        |                 |
|--------|-----------------|
| 000166 | PARAFUSO ESPONJ |
| 000167 | PARAFUSO ESPONJ |
| 000168 | PARAFUSO ESPONJ |

001769 ORTOSINTESE  
PARAFUSO ESPONJ

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| 001770 | ORTOSINTESE<br>PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
|--------|----------------------------------------------|

|        |                                               |
|--------|-----------------------------------------------|
| 001771 | ORTOSINTESE<br>PARAFUSO ESPON.<br>ORTOSINTESE |
|--------|-----------------------------------------------|

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 001772 | PARAFUSO ESPON.<br>ORTOSINTESE |
|--------|--------------------------------|

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 001773 | PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
|--------|-------------------------------|

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 001774 | PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
|--------|-------------------------------|

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 001776 | PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
| 001777 | PARAFUSO ESPON                |

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 001777 | PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
| 001779 | PARAFUSO ESPON                |

|        |                |
|--------|----------------|
| 001779 | ORTOSINTESE    |
| 001780 | PARAFUSO ESPON |

001781 ORTOSINTESE  
PARAFUSO ESPON  
ORTOSINTESE

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| 001783 | ORTOSINTESI<br>PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESI |
|--------|----------------------------------------------|

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| 001785 | ORTOSINTESI<br>PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESI |
|--------|----------------------------------------------|

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 001786 | PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
|--------|-------------------------------|

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 001787 | PARAFUSO ESPON<br>ORTOSINTESE |
|--------|-------------------------------|

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 001789 | PARAFUSO ESPO<br>ORTOSINIESE |
|--------|------------------------------|

[illegible]





Enfermeiro(a): Julia Ribeiro

Horas: 8 : 00 Data: 04/05/20

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                                                      |  | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                             |  | HORÁRIO E CHECKAGEM |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|
|                                                                                                                                                |  | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                                           |  |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda<br>Prevenir queda                                                                           |  | <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades elevada na RPA                                                                                                     |  | 12                  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração<br>Prevenir Broncoaspiração                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutar na RPA                                                    |  |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção<br>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         |  | 12                  |
| <input type="checkbox"/> Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos<br>Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico            |  | <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)                                                      |  |                     |
| <input type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável<br>Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia                                 |  | <input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese) |  |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br>Propiciar a recuperação adequada da pele                                |  | <input type="checkbox"/> Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)                                                 |  | 12                  |
| <input type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl                         |  |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda                                                                                                  |  | <input checked="" type="checkbox"/> Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações                                                                    |  | 12                  |
| <input type="checkbox"/> Controle da dor e promover conforto                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções                                                              |  |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz<br>Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas |  | <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar alinhamento do corpo do paciente                                                                                    |  | 12                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas                                                                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)                           |  |                     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Controle / Ausência de náusea                                                                              |  | <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação conforme prescrição médica                                                                                 |  | 12                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade                                                                                                  |  | <input type="checkbox"/> Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar                                                                              |  |                     |
| <input type="checkbox"/> Controle de ansiedade                                                                                                 |  | <input type="checkbox"/> Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica                                                                                           |  | 12                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica                                                                                   |  | <input type="checkbox"/> Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas                                                                                             |  |                     |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada                                                                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                              |  | 12                  |
|                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente                                                                                         |  |                     |
|                                                                                                                                                |  | <input type="checkbox"/> Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório                                                                             |  | 12                  |
|                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                      |  |                     |

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Pac. admitido na SO 04 para cat. de fratura de m. de C6 com Realização de cirurgia. Ao término com internamento a SRPA.

Responsável:

Julia Ribeiro







ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome marlene souza silva  
Responsável Cirurgião Dalson | Região

### ENTRADA ( Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

( ) Identidade

(X) Sítio Cirúrgico

(X) Procedimento

Consentimento (X) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO

(X) Aplica ( ) Não se Aplica

SÍTIPO DEMARCADO

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

(X) VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

(X) OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

(X) Não ( ) Sim, Qual:

VIA-AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

(X) Não

( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

(X) Não

( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data

Assinatura

Hora:

18/08/2020 11:50

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista D. Fabian

### PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

( ) Identificação do paciente

(X) Sítio cirúrgico

( ) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

(X) Não se aplica

( ) Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

( ) Sim

(X) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

### SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplicam

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

( ) Sim ( ) Não (X) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

( ) Sim (X) Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

(X) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

Carimbo 683812



L.53

ALERGICA A DIPIRONA L53

Marlene Souza Silva

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |      |            |      |                        |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|------------|------|------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |      |            |      |                        |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |      |            |      |                        |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |      |            |      |                        |
| DATA DE ADMISSÃO                     | DIH                                                     | DN   |            |      |                        |
| PACIENTE                             | Mauricio Sousa Junior                                   |      |            |      |                        |
| AGNOSTIC                             | Ex. Urologia (E)                                        |      |            |      |                        |
| ALERGIAS                             | HAS                                                     | NEGA | DM2        | NEGA |                        |
| IDADE                                | LEITO                                                   | DATA | 06.05.2020 |      |                        |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |      |            |      | HORÁRIO                |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |      |            |      | SND                    |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |      |            |      | Manter                 |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |      |            |      | SIN                    |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |      |            |      | (12) (18) (24) SUSPELO |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |      |            |      | 06                     |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      |            |      | SIN                    |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      |            |      | SIN                    |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |      |            |      | 12 (20) 04             |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |      |            |      | SIN                    |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |      |            |      | SIN                    |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |      |            |      | Susp. SUSP.            |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |      |            |      |                        |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |      |            |      |                        |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |      |            |      | 20hna                  |
| 15                                   | Ceftriaxona 1g (EU) 12/12h                              |      |            |      | 20hna                  |
| 16                                   |                                                         |      |            |      | 10 20                  |
| 17                                   |                                                         |      |            |      |                        |
| 18                                   |                                                         |      |            |      |                        |
| 19                                   |                                                         |      |            |      |                        |
| 20                                   |                                                         |      |            |      |                        |
| 21                                   |                                                         |      |            |      |                        |

Dr. Fernando Rezende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2007

Realizado visita e orientações  
PCTE BEG ( ) RÉG ( ) MEG ( )  
acompanhado S ( ) N ( )  
CI ( ) SI ( ) queixas

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO  
# SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | TOX   |
| 12 H          | 130x80 | 76 | 16 | 34.5° |
| 18 H          | 120x80 | 80 |    | 36.9° |
| 24 H          |        |    |    |       |

Dextro.

Bosineth Silva Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN 000664

Maria R. Vale Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN 000664

Irati R. da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN 003883

Souza M. Souza Brandão  
Téc. de Enfermagem  
COREN 000664



Rosmery Silva Oliveira  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PA 051.303

R. A. Francine M. de S. Vasconcelos  
Téc. Elétronagem  
COPIEN. NR. 639.905

(7) 10000 10000 10000

00 00 00

Maria R. Vale Oliveira  
Téc Enfermagem  
COREN 000664198

$$f \in \mathcal{E}$$

21

111111 (C) 111111

9

Iran R. da Silva  
Téc. Inform. 1990  
COREX-RR 903 883

Supr. de  
Suza Brandão  
Enfermagem  
0629.841 TE

Maria Cláudia Pereira Cordeiro  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 449756







Ao Conselho.

**RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA**

DATA: 04/05/2020

PACIENTE: Marcos Sampa Silva

DN: 61

DIAGNÓSTICOS: Pai - ap fratura humero ulnar (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:

Ortopedia de FX humero ulnar (F)

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

BEG, LOTO, Esmia Sem intervenção

Boa Vista, 04 de maio de 2020. Hora: 09:06

Dr. Fernando Regende  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR-2007

CRM RR / 2007

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Marcos Roberto B. de S. Silva  
Diretor Técnico HGR  
CRM 1233-PR

CRM \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:

( ) HC ( ) HLI ( ) HMI (☒) OUTRO Cavaco





HGR

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

Eu Martina Souza Silva CPF nº \_\_\_\_\_  
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 Retaguara 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 retransferência 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 médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguara;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, 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, 04 de 05 de 2020.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

**Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico**

Confirmando 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: \_\_\_\_\_

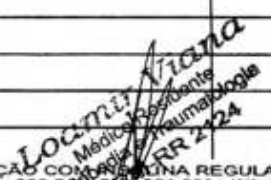
Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



22

|                                      |                                                    |       |           |      |                 |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-----------|------|-----------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                    |       |           |      |                 |
| HOSPITAL DE CAMPANHA CANARINHO       |                                                    |       |           |      |                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                    |       |           |      |                 |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                    |       |           |      |                 |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                    | E     |           | DN   |                 |
| PACIENTE                             | <b>MARLENE SOUZA SILVA</b>                         |       |           |      |                 |
| DIAGNÓSTICO                          | <b>FX MALEOLO MEDIAL ESQ</b>                       |       |           |      |                 |
| ALERGIAS                             | DIPIRONA E AINES                                   | HAS   | NÃO       | DM2  | NÃO             |
| IDADE                                |                                                    | LEITO | <b>22</b> | DATA | <b>5/5/2020</b> |
| 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                                   |                                                    |       |           |      |                 |

  
 Loamir Viana  
 Médico Residente  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RR 2124

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).  
CONFORME ESQUEMA: 200-200-200-251-300: 4UI: 301-350:  
6UI: 351-400: 8UI: > 400: 10 UI E OS GLICOSE < 70 DL/ML.  
GLICOSE 50% 10 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

RISCO OK

AG CIRURGIA

| SINAIS VITAIS | 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





\* Alérgica à Dipirona!

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                                  |       |     |      | ROTINA   |
| 10                                   | CURATIVO DIÁRIO                                    |       |     |      | MANHÃ    |
| 11                                   | CEFTRIAXONE 1 G EV 12/12H                          |       |     |      | 10 22    |
| 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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

RISCO OK  
AG CIRURGIA

| SINAIS VITAIS | 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  
Dop Martins (Res Ortop)  
CRM/RR 2038  
Bruno Vieira (Res Ortop)  
CRM/RR 1231





|                                      |                                                    |       |     |      |          |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|-----|------|----------|
| 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                                   |                                                    |       |     |      |          |

**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 FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS.

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

**Loamir Viana**  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2124







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

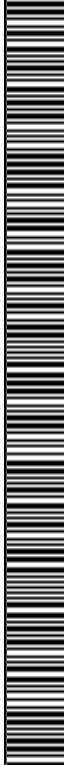
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR **ROGERIO**

terça-feira, 5 de maio de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

*Deamir Viana*  
Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 2124







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

 Polegar Direito



*William Gonçalves Franco*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2016

NOME WILLIAM GONÇALVES FRANCO

FILIAÇÃO GERALDO ROCHA FRANCO  
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA DATA DE NASCIMENTO 09/12/1978

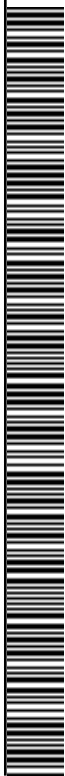
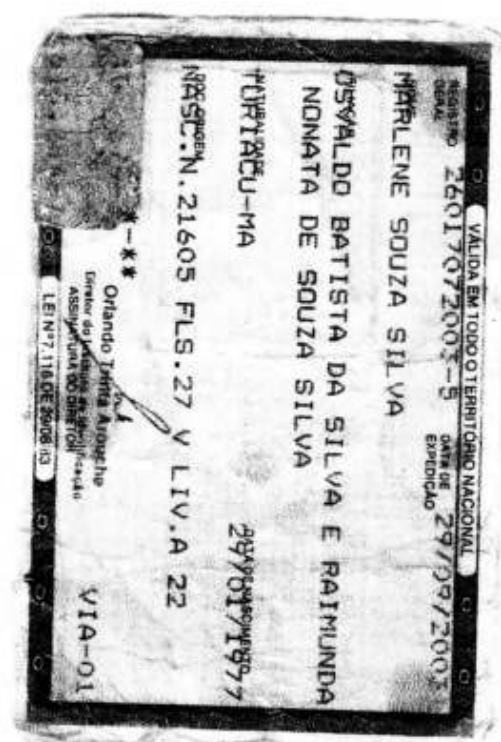
DOC. ORDEM CERTO CAS 10492 FLS 292 LIV B-35  
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20 AMADEU ROCHA TRIANI  
2 VIA Partido Progressista do Povoista Civil  
Bomero do RR

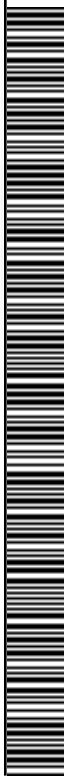
LEI Nº 7 116 DE 29/08/83













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





## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME Marlene Souza Silva  
NACIONALIDADE Brasileira ESTADO CIVIL solteira  
PROFISSÃO autônoma RG 26047072-003-5  
CPF 005.894.983-63 ENDEREÇO Av. Paraná 138  
BAIRRO Alto do Sítio CIDADE Boa Vista  
CEP 69.317-539

VITIMA Marlene Souza Silva  
CPF 005.894.983-63 DATA DO ACIDENTE 12.10.12000  
NATUREZA ( ) DMS (X) INVALIDEZ ( ) MORTE

### OUTORGADA:

NOME William Gonçalves Franco  
NACIONALIDADE Brasileira  
ESTADO CIVIL casado  
PROFISSÃO autônomo ÓRGÃO EMISSOR SSP-RR  
Nº DO RG 239717  
DATA DE EMISSÃO 13.10.16  
Nº CPF 825.396.393-20  
ENDEREÇO Rua CC 11 294 Lavoura Moura

### PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por incapacidade, 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.

Boa Vista 27 de Maio de 2020

Marlene 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO







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

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

33.3.0028479-6

Type: **Text**

**Sociedade anônima**

### Don't be Entrepreneurial

Normal

### NO An Dentonin

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

**JUCERJA**

Último Arquivamento:  
00003131301 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0026479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Boletim(s): 102595004

Hash: ECC52023-073D-4232-B033-7CC99430A908

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

**REQUERIMIENTO**

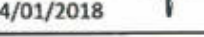
Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

| Código do Ato | Código Evento | Qtde. | Descrição do ato / Descrição do evento                                                    |
|---------------|---------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 017           | 999           | 1     | Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração |
|               | XIXX          | XIXX  | XIXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                |
|               | XIXX          | XIXX  | XIXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                |
|               | XIXX          | XIXX  | XIXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                |
|               | XIXX          | XIXX  | XIXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                |

## Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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 D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

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](http://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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CPDE4B56AFAD5ECPBFFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



JUCEC RJ  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro





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



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 investitura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crime previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP                                                                                                                       |
|---|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | José Ismar Alves Tôres      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente                                                                                                                                       |
| 2 | Helio Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica                                                                                                                                    |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)                                             |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)                                                                                |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)                                                                                 |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)                                                                                  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*Ch* *Luc*

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: FD6974386FA48220CFDE4B56APADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 4/13





Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://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.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

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

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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag: 5/13





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

**LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA**

**TERMO DE POSSE**

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
**JOSE ISMAR ALVES TORRES**

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 06-2018/017153-4 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13





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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo: Pag. 10/13







14

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 16, terça-feira, 23 de janeiro de 2018

PORTARIA Nº 755, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 6.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar as seguintes deliberações tomadas pelas reuniões de ALM SEGURADORA S.A. - MICROSEGURADORA, CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, na assembleia geral extraordinária realizada em 30 de junho de 2017.

I - Aumento do capital social em R\$ 490.168,90, elevando-o para R\$ 3.155.591,81, o qual em 179.246.592 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal;

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Revogar que a portaria de RS 189, 14/06 do aumento de capital social deverá ser integralizada até 30 de junho de 2018.

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

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 6.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de administradores de SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT S.A., CNPJ n.º 09.348.000/01-04, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 14 de dezembro de 2017.

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

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 6.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, anexo à Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, de 15 de janeiro de 2007 e o que consta do processo Susep 15414.63540/2017.50, resolve:

Art. 1º Aprovar a eleição de membros do comitê de auditoria de IRB BRASIL RESEGUROS S.A., CNPJ n.º 33.348.000/01-01, com sede na cidade do Rio de Janeiro - RJ, conforme deliberado no relatório do conselho de administração realizada em 26 de maio de 2017.

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

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

No artigo 1º da Portaria Susep/Direp n.º 721, de 2 de janeiro de 2018, publicada no Diário Oficial da União, de 3 de janeiro de 2018, página 188, artigo 1, item II, "... na reunião do conselho de administração realizada em 1º de novembro de 2017", leia-se: "... na assembleia geral extraordinária realizada em 1º de novembro de 2017."

Ministério da Indústria,  
Comércio Exterior e Serviços

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA,  
QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 5.564, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Emenda Constitucional n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, resolve:

Considerando o Decreto Federal n.º 96.044, de 18 de maio de 1959, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos;

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, que aprova os Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária Destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizada no site [www.inmetro.gov.br](http://www.inmetro.gov.br) ou no endereço abaixo;

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

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

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviária destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2016, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizada no site [www.inmetro.gov.br](http://www.inmetro.gov.br) ou no endereço abaixo;

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Diconf

Rua Santa Apolônia, n.º 416 - 3º andar - Rio Comprido

Cep 20.261-232 - Rio de Janeiro - RJ

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

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

Art. 4º Ficam incluídos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2016, as seguintes alterações:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O SECRETÁRIO DE COMÉRCIO EXTERIOR, SUBSTITUTO DO MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA, COMÉRCIO EXTERIOR E SERVIÇOS, no uso de suas atribuições, uma vez que, conforme o conteúdo do Anexo, as propostas de modificação da Nomenclatura Comum do Mercado Sul-Americano - NCM e da Tarifa Externa Comum em análise pelo Departamento de Negociações Internacionais (DENI), tem o objetivo de colher subsídios para a definição de posicionamentos do governo brasileiro no âmbito da coordenação do Comitê Técnico n.º 1, de Tarifas, Nomenclatura e Classificação de Mercadorias, do Mercosul (CT-1).

1. Manifestações sobre as propostas deverão ser dirigidas ao DENI por meio do Protocolo-Geral do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, situado na Esplanada dos Ministérios, Bloco "J", Térreo, CEP 70013-900, Brasília (DF). As correspondências deverão fazer referência ao número desta Circular e ser encaminhadas no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da data da publicação desta Circular no Diário Oficial da União.

2. As informações relativas às propostas deverão ser encaminhadas mediante e-mail eletrônico original do modelo padrão, disponível na página do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços, no endereço [comercio@mdic.gov.br](mailto:comercio@mdic.gov.br), ou pelo endereço eletrônico [comercio@mdic.gov.br](mailto:comercio@mdic.gov.br), ou pelo endereço de correio eletrônico [comercio@mdic.gov.br](mailto:comercio@mdic.gov.br).

3. O encaminhamento sobre as propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mdic.gov.br/defenda.php?comercio=externalizacoes/comercio-exterior/Paginas/abrir-ct1@mdic.gov.br>.

4. Caso haja, posteriormente, ajustes de texto realizados pelos técnicos em nomeação do CT-1, eventuais manifestações a respeito deverão ser encaminhadas a esta Secretaria mediante os procedimentos previstos nesta Circular.

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

| SITUAÇÃO ATUAL |                                                                                                            | SITUAÇÃO PROPOSTA |                                                                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2917.20.08     | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados | 2917.20           | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.1         | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.11        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.12        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.13        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.14        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.15        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.16        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.17        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.18        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.19        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.20        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.21        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.22        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.23        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.24        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.25        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.26        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.27        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.28        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.29        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.30        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.31        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.32        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.33        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.34        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.35        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.36        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.37        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.38        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.39        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.40        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.41        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.42        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.43        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.44        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.45        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.46        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.47        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.48        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.49        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.50        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.51        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.52        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.53        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.54        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.55        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.56        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.57        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.58        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.59        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.60        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.61        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.62        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.63        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.64        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.65        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.66        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.67        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.68        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.69        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.70        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.71        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.72        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.73        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.74        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.75        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.76        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.77        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.78        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.79        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.80        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.81        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.82        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.83        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.84        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.85        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.86        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.87        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.88        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.89        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.90        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.91        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.92        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.93        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.94        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.95        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.96        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.97        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.98        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.99        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |
|                |                                                                                                            | 2917.20.00        | Acidos poliacetilenos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, peróxidos e seus derivados |

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 00012018012300014

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/8/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5E6CF8FDF5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 6/13







4996507

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

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

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

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

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

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

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

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





4996508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da 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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7B45C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

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

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

## CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Página 3 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

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





4996510

convocada.

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

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

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 5 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICADO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





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 Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

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





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 escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

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

Página 7 de 10

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

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

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

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

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

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





4996515

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

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

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

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

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

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

Página 9 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.

## 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.

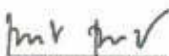
**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles 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 Firmo Oliveira  
Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-9000  
AD828690  
088674  
Reconheço por AUTENTICIDADE as firmas de: **HÉLIO BITTON RODRIGUES** e **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES** (X00000529453)  
Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018. Conf. por: Serventia T.J.FUNDOS  
Em testemunho da verdade. Total  
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.  
EELP-56891 NRE, EELP-56892 ORS  
Consulte em <https://ww3.tjri.jus.br/sitepublico>

**CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ**  
**Paula Cristina A. D. Gaspar**  
3.9% Escrevente  
CNPJ 46062 série 06077 ME  
Aut. 2015 3ª Lei 8.936/94





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







anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.

**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

