


PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
5ª Vara Cível
Processo 0824519-62.2020.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA
Data de 23/09/2020 **Situação:** Público
Classe 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Data Distribuição: 23/09/2020 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do

Tipo: Promovente
Nome: JULIO MENEZES PALACIO
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 032.685.812-18
Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1616NRR Wallyson Barbosa Moura

Tipo: Promovido
Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
Data de Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Por: Wallyson Barbosa Moura

- Petição
- Petição
- Petição
- Petição
- Petição
- Petição
- Petição



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA – RORAIMA.**

JULIO MENEZES PALACIO, venezuelano, solteiro, serviços gerais, carteira de identidade nº 7570254 SSP/RR, inscrito no CPF nº 032.685.812-18, telefone nº (95) 99132-5677, (não possui e-mail), residente e domiciliado na Rua Sebastião Ari Paiva, nº 441, Bairro Silvio Leite, Boa Vista-RR, CEP 69.314-358, Roraima, por seu advogado ao final assinado, constituído nos termos da procuração anexa, com escritório na Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima, onde recebe intimações e notificações, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

Em face da empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608-0001 / 04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP. 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, Tel. (021) 3861-4600, Fax (021) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer à V. Ex^a. Seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento na lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (art.319, VII, CPC)

O autor **NÃO** opta pela realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII),

DOS FATOS

No dia 08 de fevereiro de 2020, o requerente sofreu grave acidente de trânsito e, em consequência, ficou com INVALIDEZ, conforme demonstra o Boletim de Ocorrência expedido pela Delegacia de Acidente de Trânsito (DAT) da Polícia Civil do Estado de Roraima, Ficha de atendimento do HGR; comprovante de atendimento ao paciente e o laudo médico acostados, que descrevem o acidente;

Consta no referido Laudo Médico, que devida a ação contundente do acidente, o paciente (requerente) sofreu trauma em pares do seu corpo, resultando em sua invalidez para o exercício de suas atividades laborativas.

O autor **sofreu grave fratura no braço direito, bacia, clavícula e fêmur, decorrente do acidente objeto desta lide, no qual restou sequelas que limitam os movimentos físicos do autor. (laudo médico em anexo).**

Desta forma, o Autor apresentou toda a documentação necessária para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório (DPVAT) pela via administrativa junto a referida seguradora.





WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, **efetuou o pagamento de apenas R\$ 4.893,75 (quatro mil oitocentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos)**, ou seja, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (docs. anexos).

São os fatos de forma sucinta.

DO DIREITO

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. *O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)*

A Lei nº 6.194 / 74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482 / 07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194 / 74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, verbis:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

I - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)
- no caso de invalidez permanente;

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator (a):** Nelson Schaefer Martins; **Julgamento:** 20 /04 / 2010; **Órgão Julgador:** Segunda Câmara de Direito Civil; **Publicação:** Agravo de Instrumento n.2009.074344-4).

DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer;

- a) a concessão dos benefícios da justiça gratuita nos termos da lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86,
- b) a citação da Seguradora requerida, para que, querendo, apresente resposta no prazo legal, sob pena de revelia;
- c) que seja julgada PROCEDENTE a presente ação, condenando a parte Ré ao pagamento de R\$ 13.500,00 (treze mil reais e quinhentos reais), acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o efetivo cumprimento



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

da obrigação em razão da recusa do pagamento administrativo do DPVAT;

- d) a condenação da parte Ré ao pagamento dos honorários de sucumbência.
- e) Protestar por todos os meios de provas admitidas em direito, especialmente a prova documental acostada aos autos.

Dà-se a causa o valor R\$ 13.500,00 (treze mil reais e quinhentos reais).

Ternos em que,
Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 15 de setembro de 2020.

WALLYSON BARBOSA MOURA
OAB/RR 1616





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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200300344

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

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\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JULIO MENEZES PALACIO

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029448-2

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.

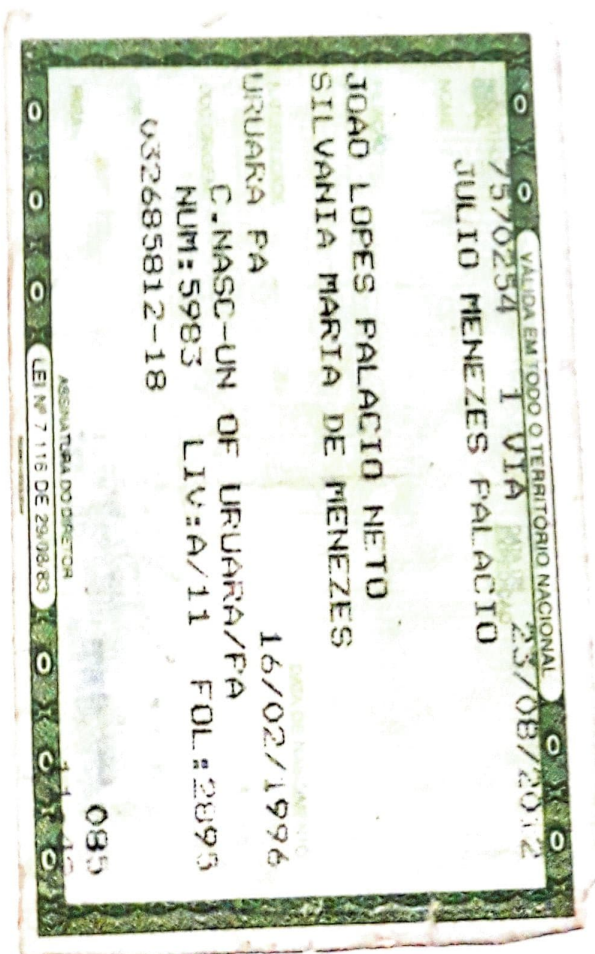
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

PROCURAÇÃO

Eu, Julio Muniz Palácio,
brasileiro (a), solteiro, serviço próprio, portador (a) da
cédula de identidade RG nº 7570254, inscrito (a) no CPF sob o
nº 032.685.812-18, residente e domiciliado (a) na
Substituição para Países, nº 2441, Bairro
Alfama Luta, CEP 69-314-358, telefone nº 99132-5677
Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração,
nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro,
solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à
Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725,
Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para
Através do presente instrumento particular de mandato, O
OUTORGANTE nomeia e constitui como seu procurador o
OUTORGADO, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao
bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em
geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo
Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar
compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a
procedência do pedido, receber intimações, receber e dar
quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas
Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração
pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante
particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias
e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando
tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial
de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA
LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 03 de setembro de 2020.

Julio Muniz Palácio
OUTORGANTE.





PREFEITURA MUNICIPAL DE RORAINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192 / RORAINÓPOLIS



FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: Samu Equipe: Consel. Jefferson. Maria Vez

Paciente: Julio Menezes Palacios Idade: 28 Sexo: M

Endereço: BR 174. depois de nova clínica

CHAMADA Nº: _____ DATA: 08/02/2020 HORA SAÍDA: 07:30

Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: Jenico HORA CHEGADA: 09:55

MOTIVO ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vitima projetada ☐ Vitima encarcerada ☐ Air Bag ☒ MOTO/BICICLETA ☒ Acidente com moto X <u>Carona</u> ☒ Condutor ☐ Carona ☒ Com capacete ☐ Bicicleta ☐ Sem capacete ☐ condutor ☐ passageiro	☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro: _____	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: _____ ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros: _____

AValiação INICIAL

Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Outro: _____	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>08:35</u>	<u>110/60</u>	<u>105</u>		<u>98</u>					
Fim									

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração

AValiação SECUNDÁRIA

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☒ Fratura ☐ Amputação

AValiação CARDÍACA

Ritmo Sinusal	FIBRILAÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO ☐ SEVERA	☒ EQUENA ☐ MORTE	☐ MÉDIA ☐ TINDERMINADA	☐ OUTRO
---	--	---	--------------------------------

Dr. Oscar E. Riss Quiroga
Clínico Geral/CRM-RR 1998

08 FEV 2020

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local	☒ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros
---	---

RCP

☐ Iniciada as: _____ ☐ Término as: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.: _____	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA
---	---------------------------------

DESTINO

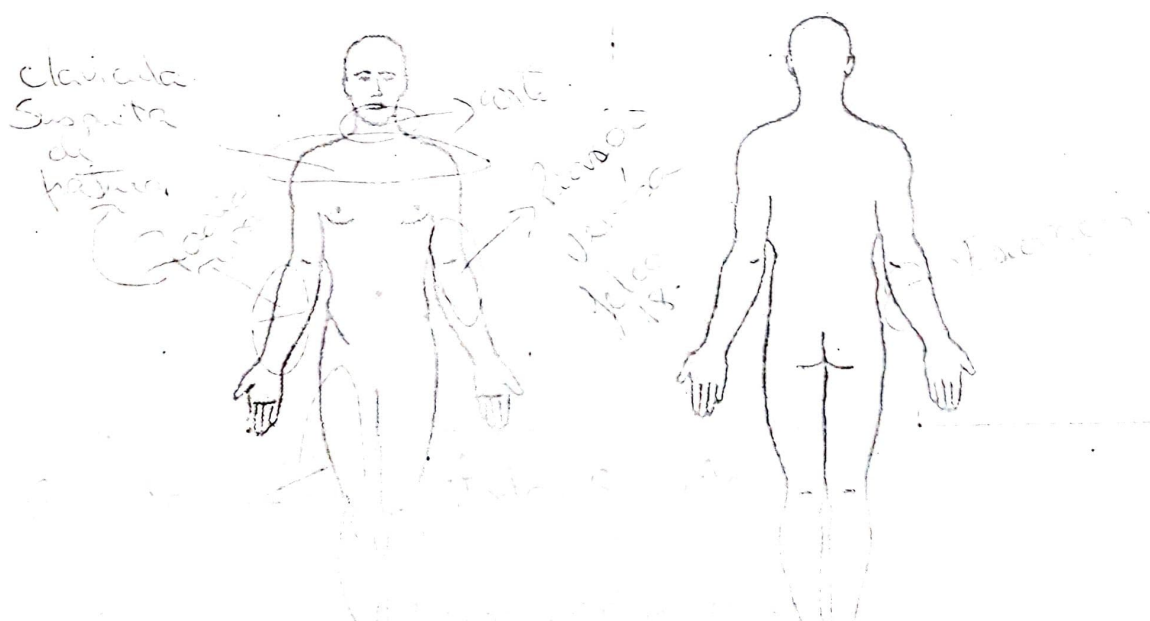
☐ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSCA ☐ Maternidade ☐ Outros
---	---

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 ☒	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24 4 ☐
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 ☐		25 - 35 3 ☐
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 ☐		≥ 36 2 ☐
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 ☐		01 - 09 1 ☐
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 ☒	Pressão Sístólica (mmHg)	0 0 ☐
	Confuso	Choro irritado	4 ☐		> 90 4 ☐
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 ☐		70 - 89 3 ☐
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 ☐		50 - 69 2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐		01 - 49 1 ☐
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 ☒	Escala de Glasgow	0 0 ☐
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 ☐		14 a 15 5 ☐
	Flexão normal	Retira a dor	4 ☐		11 a 13 4 ☐
	Flexão anormal	Flexão normal	3 ☐		8 a 10 3 ☐
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 ☐		5 a 7 2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐		3 a 4 1 ☐
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	

LEVE											MODERADA											INTENSA										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20												
ESCALA DE DOR ANALÓGICA - EVA																																





ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE Ocorrência: **332/2020** DATA: 16/03/2020 HORA: 10:00
ATENDENTE: JAILSON MEDEIROS DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 08/02/2020 HORA: 08:00
LOCAL: BR 174 - VILA DE NOVA COLINA - ÁREA RURAL

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: JOÃO LOPES PALACIO NETO RG: 2061887/PA CPF: 572.170.922-72
DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1968 IDADE: 51 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CODÓ UF: MA
PAI: RAIMUNDO LOPES PALACIO MÃE: JOVENILIA FEITOSA PALACIO
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO.
TELEFONE: 99175-0455

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JULIO MENEZES PÁLACIO RG: 7570254 CPF: 032.685.812-18
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1996 IDADE: 24 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: URUARÁ UF: PA
PAI: JOÃO LOPES PALACIO NETO MÃE: SILVANIA MARIA DE MENEZES
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO
TELEFONE

CÓDIGO
1001

INFRAÇÃO
INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

DESCRIÇÃO
INFRAÇÃO DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia de Polícia o Senhor **João Lopes Pálacio Neto**, **GENITOR** de "**Júlio Menezes Pálacio**", para comunicar o acidente de trânsito ocorrido com seu filho no dia 08/02/2020 por volta das 08:00 horas, que o comunicante se deslocava em um caminhão e seu filho numa Motocicleta de Placa PHE-8385, quando um dado momento seu filho derrapou e colidiu com o caminhão, sofrendo Grave Lesão, tendo quebrado Fêmor Direito, Braço Direito, Bacia e Clavícula, conforme guia de atendimento Médico. É o relato.

JAILSON MEDEIROS
AGENTE DE POLÍCIA

João Lopes Pálacio Neto
JOÃO LOPES PALACIO NETO
COMUNICANTE / RESPONSÁVEL

DESPACHO

() Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se _____ art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____
Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____

() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, data ____/____/____, horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.

O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

Delegacia de Rorainópolis

End.: Rua Hildemar Pereira de Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis - RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br

Wallyson
11/02/2020
Vista
NE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: *HC*

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: *HC*

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: *HC*

08/02/2020 14:06:32 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 24

Paciente: JÚLIO MENEZES PALACIO Data Nascimento: 16/02/1996 Idade: 23 A 11 M 21 D CNS: 203163415890003 CPF: 03268581218 Prontuário: 9132-5677
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: NAO Rça/Cor: PARDA Nacionalidade: BRASILEIRA Contato: 9132-5677 Ocupação: *claudia*
Mãe: S. VANIA MARIA DE MENEZES Endereço: RUA - RORAINOPOLIS - SN - - BOA VISTA - RR

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU REGIONAL Procedimento Sol.: Registrado por: MATHEUS.ALVES

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Acidente automobilístico

Anamnese de Enfermagem: *verif. Alergias* GSC: AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h) Paciente refere acidente automobilístico moto x caminhão com fraturas de MID e MSD. Encaminhado pelo

Exame Físico: *ortopedista* *SES, imobilizado em Prancha Méio* *AAA, LOTE, Glasgow 15, expulso em Ar. Ambiente* *FC 123 Bpm, PA 95x68*

Hipótese Diagnóstica: *Politraumático* *Fratura de Pelve em Lado Aberto*

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☒ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1) Solicito ORTOPEDIA</i>		
<i>2) Solicito AVALIAÇÃO DA CINTURA COM</i>		
<i>3) Solicito exames laboratoriais para</i>		
<i>4) Solicito Hemograma</i>	<i>03 CH</i>	
<i>5) Solicito Hemoglobina</i>	<i>03 PFC</i>	
<i>6) SE 0,9% 2.000 mL EV</i>	<i>03 PLASMA</i>	
<i>7) Soro + 5% 500 mL EV em 10 min</i>		

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: *ortopedia* Data e Hora da Saída/Alta: *11/02/2020*

óbito: Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: matheus.alves
Data Hora: 08/02/2020 14:09:16

Dr. Daniel do N. Araújo
Médico
CRM-RR 2137



08/02/20 Ortopedia

Paciente vítima de acidente
transito, apresentando múltiplas
fraturas: / fx clavícula proximal (D),
fx cotovelo D, fx Antebraço D,
fx punho D, fx pulso /
Ex. Fraco, lacrima hipocrada, taquicardia
PA não avaliada.

cd: Ao ET Pl transfusão sanguínea
+ infusão de volume
e após estabilização ad
C.C. para fixação

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

de 16:00

08.02.2020
Julio Menezes Polacino
014200109041

587

16:20	36.0	90x60	146	16
16:35	36°	90x60	117	17
17:21	36	90x60	117	20

lyma

Dr. Leon Pereira Pires
Enfermeiro
CRM 200.737-RR



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: JULIO MENEZES PALACIO 24 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 02/04/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX DISTAL DE FEMUR D E NO DIA
02/04/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE DE FX DISTAL DE DEMUR D SENDO
OPERADO PELO DOUTOR CARLOS HENRIQUE E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA 06/04/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **04 (QUATRO) SEMANAS**, COM O
DOUTOR CARLOS HENRIQUE.

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. VITOR MONTENEGRO

segunda-feira, 6 de abril de 2020

Dr. Lael dos Santos da Silva
Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2015



0062263-0

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

Nº da Nota Fiscal: 003272277
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	651	523,28

RONALDO DOS SANTOS LIMA
R. SEBASTIAO ARI PAIVA 441 - SERVIÇO LITE
CPF: 00038196743220
CEP: 69.314-358 - BOA VISTA
ROT: 11.001.19.09.676650

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	73075	Atual:	18/07/2019
Anterior:	72424	Anterior:	17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/08/2019
Consumo Medido:	651	Emissão:	17/07/2019
Consumo Faturado:	651	Apresentação:	18/07/2019

Classe/Subclasse: NORMAL
Ligação: TRI
Número Medidor: E2906086
Posto: N 1420162
Código Fat: 3.1.3.3
Média 12 meses: 482

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19	238
MAI/19	587
ABR/19	653
MAR/19	596
FEV/19	520
JAN/19	380
DEZ/18	440
NOV/18	503
OUT/18	405
SET/18	226
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 651 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 06/2019
Valor R\$: 262,05

Fornece o fornecimento de energia elétrica a partir de 02/08/2019. Funcionamento das contas reavissadas nesta fatura, o não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do usuário na SEFAZ. Informamos ainda a existência de conta(s) pendente(s) e a reavisação no valor de R\$ 497,75 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

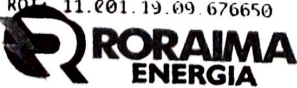
RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	127,88	Base de Cálculo:	497,75
Energia:	271,18	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	84,61
Encargos:	14,08	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
5,16			14,00			1,01

FLORESTA
ROT: 11.001.19.09.676650



0062263-0

07/2019

06/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nº da Nota Fiscal: 003272277 FCM

8367000005 9 23280075000 1 0000000006 26300719008 9

SEQ.: 00182 UC: 0062263-0 DT. LEI: 18/07/2019 T. ENTR.: 07
LEITURA: 73075 NORMAL TOTAL: 523,28 CARGA: 019
DT. VENC.: 06/08/2019 RREG.: 000 COLETOR: 1221

23/09/2020: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 23/09/2020

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 5ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

23/09/2020: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 23/09/2020

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

23/09/2020: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 23/09/2020

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 23/09/2020

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

25/09/2020: CONCEDIDO O PEDIDO .

Data: 25/09/2020

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: EDUARDO MESSAGGI DIAS

Relação de arquivos da movimentação:

- Decisão



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
5ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0824519-62.2020.8.23.0010

DECISÃO

1 – Vistos.

2 – **Defiro** o benefício da justiça gratuita, uma vez que é entendimento deste magistrado que a matéria em apreço comporta, como regra, referida concessão, salvo quando haja elementos contrários ao pedido ou havendo impugnação justificada da ré. Anote-se.

3–Nos termos do art. 4º do CPC, em respeito aos princípios da celeridade processual, da razoável duração do processo e da economia processual, **deixo de designar audiência conciliação**, uma vez que a experiência demonstra que, em ações desta natureza, a conciliação, em sua grande maioria, não se efetiva. Ademais, mister consignar que a autocomposição pode ser promovida ou requerida pelas partes a qualquer tempo (art. 139, V, do CPC).

4 – Cite-se, eletronicamente, a parte Ré para oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de ser considerada revel, presumindo-se como verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo(a) Autor(a), nos moldes do art. 344 do CPC.

5 – Oferecida a contestação, intime-se a parte Autora para, querendo, apresentar réplica, no prazo de 15 (quinze) dias.

6 – Nomeio como perito o Dr. Pedro Di Giovanni. Fixo honorários periciais no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), nos moldes do Convênio de Cooperação nº 06/2015, celebrado entre o Tribunal de Justiça de Roraima e a parte Ré. O recolhimento do respectivo valor far-se-á em Cartório, no prazo de 10 (dez) dias, mediante guia própria disponibilizada no sítio do TJ/RR, dando ciência ao senhor Perito Judicial do depósito efetivado.

7 – Em regra, nos termos do artigo 95 do CPC, os honorários periciais serão adiantados pela parte que houver requerido a perícia ou rateada quando a perícia for determinada de ofício ou requerida por ambas as partes. Nos casos de beneficiário da justiça gratuita, a referida remuneração será integralmente adiantada pela parte Ré, nos termos dos itens 1.3 e 2.2.2 do Convênio de Cooperação nº 06/2015.

8 – Considerar-se-á falta de interesse na realização dessa prova pericial se a parte não cumprir com o seu dever de realizar, no prazo acima estipulado, o recolhimento dos honorários, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

9 – Nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC, intemem-se as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

10 – Intimem-se as partes, **sendo o autor pessoalmente**, sobre a data da perícia a ser realizada na clínica do respectivo perito, ocasião em que deverá levar os exames anteriormente realizados.

11 – Nos termos do artigo 465 do CPC, fixo o prazo de 30 (trinta) dias para apresentação do laudo pericial, a contar da data da realização da perícia.

12 – Deverá o servidor do cartório providenciar o acesso aos documentos necessários ao Perito(a) Judicial, via PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (caso precise), essas últimas às expensas das partes.

13 – Finalizado o exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) Perito(a) Judicial.

14 – Após, nos termos do artigo 477, § 1º, do CPC, deverá o servidor do cartório intimar as partes, via sistema PROJUDI, para, querendo, se manifestarem no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

15 – Cumpra-se.

16 – Demais diligências e intimações necessárias.

Boa Vista, 25/9/2020.

EDUARDO MESSAGGI DIAS

Juiz de Direito

(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)



29/09/2020: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE.

Data: 29/09/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE

Complemento: Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO

Relação de arquivos da movimentação:

- citação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
5ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

CITAÇÃO ELETRÔNICA

Processo: 0824519-62.2020.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$13.500,00
Autor(s) JULIO MENEZES PALACIO Rua Sebastião Ari Paiva, 441 - Doutor Sílvio Leite - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-358
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205
PESSOA A SER CITADA/INTIMADA:
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (CPF/CNPJ: 09.248.608/0001-04) Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

De ordem do MM. Juiz de Direito, **Dr. EDUARDO MESSAGGI DIAS**, titular da 5ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista-RR, pelo presente instrumento fica a parte ré **CITADA** do inteiro teor da petição inicial. O réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias. Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor.

Fica, ainda, **INTIMADA** a parte supracitada para, no prazo de 15 (quinze) dias, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a), nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC.

Boa Vista/RR, 29/9/2020.

ADAHRA CATHARINIE REIS MENEZES

Diretora de Secretaria

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 5ª Vara Cível

Observações: 1 - Este processo tramita através do sistema computacional E-CNJ (Projudi), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no Máximo 3MB cada. 2 - Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Help Desk, localizada no prédio anexo ao Fórum Adv. Sobral Pinto, em horário comercial. Informações adicionais: atendimento@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4141.



29/09/2020: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA.

Data: 29/09/2020

Movimentação: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA

Complemento: Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 29/09/2020 referente ao evento de expedição seq. 7.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 06/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

Complemento: Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro
DPVAT S/A

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- DOCS
- KIT SEGURADORA LIDER

2755998- C3/ 2020-03728/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08245196220208230010

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 **JULIO MENEZES PALACIO**, 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 **08/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/03/2020**.

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\$ 4.893,75 (quatro mil e oitocentos e noventa e três reais e setenta e cinco 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\$ 4.893,75 (quatro mil e oitocentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para 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\$ 4.893,75 (quatro mil e oitocentos e noventa e três reais e setenta e cinco 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

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **08/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.893,75 (quatro mil e oitocentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.”

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\$ 4.893,75 (QUATRO MIL E OITOCENTOS E NOVENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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.

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 2 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 **JULIO MENEZES PALACIO**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08245196220208230010.

Rio de Janeiro, 2 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: 3200277178

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

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 16007431



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, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200300344

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

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 16058249



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, 03 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200300344

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do Acidente: 08/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO MENEZES PALACIO

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\$ 4.893,75

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JULIO MENEZES PALACIO

Valor: R\$ 4.893,75

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000029448-2

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.

Pag. 00825/00826 - carta_15R - INVALIDEZ

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: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº de sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **022.685.812-18** **Julio Muniz Palacios**

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

5 - Nome completo: **Julio Muniz Palacios** 6 - CPF: **022.685.812-18**
7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Número: **447** 10 - Complemento:
11 - Bairro: **Silvius Norte** 12 - Cidade: **Rio de Janeiro** 13 - Estado: **RJ** 14 - CEP: **69.314-358**
15 - E-mail: **49113-3865**

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPEANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **6953** CONTA: **29448** (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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ONICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário responsável

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo): 36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo): 37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Bom Jesus RJ 23 de julho de 2020**

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 42 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

49 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

53 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

55 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trf.jus.br/projudi/ - Identificador: PJYKU 5TD2 23NH NHPPB



ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **332/2020** DATA: 16/03/2020 HORA: 10:00

ATENDENTE: JAILSON MEDEIROS DELEGADO (A) TITULAR: CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA
DATA: 08/02/2020 HORA: 08:00

LOCAL: BR 174 - VILA DE NOVA COLINA - ÁREA RURAL

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: JOÃO LOPES PALACIO NETO RG: 2061887/ PA CPF: 572.170.922-72
DATA DE NASCIMENTO: 12/12/1968 IDADE: 51 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: CODÓ UF: MA
PAI: RAIMUNDO LOPES PALACIO MÃE: JOVENILIA FEITOSA PALACIO
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO.
TELEFONE: 99175-0455

DADOS DO ENVOLVIDO

NOME: JULIO MENEZES PÁLACIO RG: 7570254 CPF: 032.685.812-18
DATA DE NASCIMENTO: 16/02/1996 IDADE: 24 ANOS SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: URUARÁ UF: PA
PAI: JOÃO LOPES PALACIO NETO MÃE: SILVANIA MARIA DE MENEZES
GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO MÉDIO
ENDEREÇO: VILA DE NOVA COLINA - S/N - QUADRA 12 - LOPE 13 - BAIRRO: JÚLIO ARCANJO
TELEFONE:

CÓDIGO
1001

INFRACAO
INERACAO DE TRANSITO

DESCRIÇÃO
INERACAO DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta Delegacia de Polícia o Senhor João Lopes Pálacio Neto, GENITOR de "Júlio Menezes Pálacio", para comunicar o acidente de trânsito ocorrido com seu filho no dia 08/02/2020 por volta das 08:00 horas, que o comunicante se deslocava em um caminhão e seu filho numa Motocicleta de Placa PHB-8385, quando um dado momento seu filho derrapou e colidiu com o caminhão, sofrendo Grave Lesão, tendo quebrado Fêmor Direito, Braço Direito, Bacia e Clavícula, conforme guia de atendimento Médico. É o relato.

JAILSON MEDEIROS
AGENTE DE POLÍCIA

João Lopes Pálacio Neto
JOÃO LOPES PALACIO NETO
COMUNICANTE / RESPONSÁVEL

DESPACHO

- () Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se art(s) _____
() Encaminhe para outra(s) providencia(a): _____

Intimado para dia ____/____/____ as ____:____ Delegado(a) de Polícia Civil
Testemunhas: _____

() Comunicante renúncia ao exercício do direito de queixa, conforme assinatura abaixo:
_____, data ____/____/____, horário: ____:____

O comunicante fica sujeito aos crimes do art. 339 (denúnciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou de contravenção), ambos do código penal Brasileiro.
O comunicante ao ser intimado deve apresentar documentação do objeto referente a ocorrência.

Delegacia de Rorainópolis
End.: Rua Hildemar Pereira do Figueiredo, s/nº, Cep.: 69373-000, - Pantanal - Rorainópolis/RR
Telefone: Plantão (95) 3238-1329/197 ou Gab. 3238-2114 - e-mail: dprorainopolis@pc.rr.gov.br



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº de sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 022.685.812-18 Julio Muniz Palacios

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

5 - Nome completo: Julio Muniz Palacios 6 - CPF: 022.685.812-18
7 - Profissão: autônomo 8 - End. Res: R: Sebastião Depina 9 - Número: 447 10 - Complemento:
11 - Bairro: Silvius Norte 12 - Cidade: Rio Verde 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-358
15 - E-mail: 49113-3865 16 - Tel. (DDD):

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 6953 CONTA: 29448 2

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ONICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ falecidos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ falecidos: ☐ Sim ☐ Não 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 - Assinatura digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo):

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista RR 23 de julho de 2020

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Julio Muniz Palacios

42 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/08/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 4.893,75

*****TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: JULIO MENEZES PALACIO

BANCO: 341
AGÊNCIA: 06953
CONTA: 000000029448-2

Autenticação:
B578A5F23D784C9E7E7C625E3678ECA0FA459D1A544A13C05EAF4F4B08AFCC05

RORAIMA ENERGIA
Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ené Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 003272277
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

0062263-0

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	06/08/2019	651	523,28

RONALDO DOS SANTOS FILHO
R. SEBASTIAO ARJ 141/16-443 - SAO JOAO LEITE
CPF: 00038196743220
CEP: 69.314-358 - BOA VISTA
ROT: 11.001.19.09.676650

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	73075	Atual:	18/07/2019
Anterior:	72424	Anterior:	17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/08/2019
Consumo Medido:	651	Emissão:	17/07/2019
Consumo Faturado:	651	Apresentação:	18/07/2019

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classif/Subclassif	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Mês 12 meses
COMERCIAL	TRI	E2906886	N 1420162	3.1.3.3	482

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano	consumo		
JUN/19	238	CONSUMO	651 A R\$ 0,764602 = 497,75
MAI/19	587	ILUMINACAO PUBLICA	25,53
ABR/19	653		
MAR/19	596		
FEV/19	520		
JAN/19	380		
DEZ/18	440		
NOV/18	503		
OUT/18	405		
SET/18	226		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
Q A 651 = 0,634620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 06/2019
Valor R\$: 262,05

Fornecedor de energia elétrica a partir de 02.06.20. (única das contas realizadas nesta fatura). O não pagamento poderá acarretar, além de inclusão de nome de dívida na SERASA, impedimento ainda existente (multas, juros e encargos) e de (reaviso) no valor de R\$ 49,37 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIQUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCAL: 0454.4860.6070.0236.DC5E.1656.1102.CE7E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	127,88	Base de Cálculo:	497,75
Energia:	271,18	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	84,61
Encargos:	14,08	Valor do PIS:	0,00
Tributos:		Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99						
5,16 14,00 1,01						
FLORESTA						
ROT: 11.001.19.09.676650						
RORAIMA ENERGIA						
Roraima Energia S.A. Av. Capitão Ené Garcia 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Ins. Estadual: 24.007.022-3						
Nº da Nota Fiscal: 003272277						
FCAH						
8367000005 9 23280075000 1 00000000006 16300719008 9						
SEQ.: 00182 UC: 0062263-0 DT. LEIT.: 18/07/2019 T. ENTR.: 07						
LEITURA: 73075 NORMAL TOTAL: 523,28 CARGA: 019						
DT. VENC.: 06/08/2019 RREG.: 000 COLETOR: 1221						

09/04/2020

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



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4853965

ELIETE ARAUJO DA SILVA

R. CC 11, 294 ,

CPF: 354.699.002-15

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

RR

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

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

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

836400000052.522500750008.000000000703.349403200059





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br 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: 0800-1596 / 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 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 taxa 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 COAF³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E ACSEGURO. ³ 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 SUJEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

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

Julio Menezes Palacio inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.685.812 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura incóliz da vítima Julio Menezes Palacio

inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.685.812 / 18, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua CC 11</u>	Número: <u>294</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Barro Moura</u>	Cidade: <u>Barro Moura</u>	Estado: <u>RR</u>
E-mail: <u>Wfranco992@gmail.com</u>	CEP: <u>69.318-050</u>	Tel. (DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Barro Moura RR 21 de julho de 2020

William Gonçalves Franco
Assinatura do Declarante

28/02/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

39



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

Reclassificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

0001225378	28/02/2020 16:31:11	FICHA DE ATENDIMENTO ORTOPEdia				DIURNO 07-19		1
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JULIO MENEZES PALACIO		16/02/1996		24 A O M 12 D	203163415890003	03268581218	00178589	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
				M	NAO	PARDA		BRASILEIRA
Mãe				Estado Civil		Contato		
SILVANIA MARIA DE MENEZES				NI				
Endereço						Ocupação		
AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - SN - AEROPORTO - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira		Validade	Autorização	Sis. Prestat.		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.		Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA							
Sotar	Tipo de Chegada			Procedimento Sol.	Registrado por:			
SALA DE GESSO/ORTOPEDI	DEMANDA ESPONTANEA				REILA RODRIGUES			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - :h)

Pct. lumbago do HC.

Exame Físico

RT p/ + 21 p/

Hipótese Diagnóstica

Fx. lin. celato e p/.

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA - SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta e Revolta
☐ Transf. Incia para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: reila.rodrigues
Data Hora: 28/02/2020 16:34:27



28/02/2020

		PREFEITURA MUNICIPAL DE RORAINÓPOLIS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU192 / RORAINÓPOLIS			
FICHA DE ATENDIMENTO					
Unidade: <u>Samu</u>		Equipe: <u>Carla Jefferson, Maria Voz</u>			
Paciente: <u>Leilio Menezes Palácio</u>		Idade: <u>23</u>		Sexo: <u>M</u>	
Endereço: <u>BR 174 depois de Nova Olinda</u>					
CHAMADA	Nº	DATA: <u>18/02/2020</u>	HORA SAÍDA: <u>07:30</u>		
	Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>Jenico</u>	HORA CHEGADA: <u>09:55</u>			
MOTIVO: ☐ SOCORRO ☒ TRANSPORTE ☐ OUTRO					
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MECANISMO DE TRAUMA				
	AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA
	☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão		☐ Uso do cinto ☐ Vitima projetada ☐ Vitima encarcerada ☐ Air Bag		☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:
	☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		☒ MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X <u>Carro</u> ☐ Condutor ☐ Carona ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ condutor ☐ passageiro		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:
	AValiação INICIAL				
	Vias Aéreas		Ventilação		Circulação
	☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Outro:		☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa		☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente
	Aval. Neurológica				
	☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV				
	SINAIS VITAIS E ESCORES				
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.
Início	<u>108/35</u>	<u>110/60</u>	<u>205</u>	<u>98</u>	
Fim					
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)	AValiação SECUNDÁRIA				
	Pele		Cabeça		Face
	☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular
	Pelve		Coluna Dorsal		Membros
	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor		☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações
	AValiação CARDIACA		AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA
	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutuer		☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto		☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra
	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia		☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso		☐ Alergias ☐ Outros
	GRAVIDADE COMPROVADA		☐ ILESO ☐ SEVERA		☐ EQUENA ☐ MORTE ☐ MEDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO
	INCIDENTE				
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:					
MULTIPLS MEIOS ACIONADOS					
☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:					
RCP					
☐ Iniciada as: ☐ Término as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:					
DADOS PESSOAIS DA VITIMA					
☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros					
DESTINO					
☐ Atendimento no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota					

Dr. Oscar E. Riss Quirino
Clínico Geral/CRM-RR 1998

08 FEV 2020

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bom Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
GESTANTE	
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão	

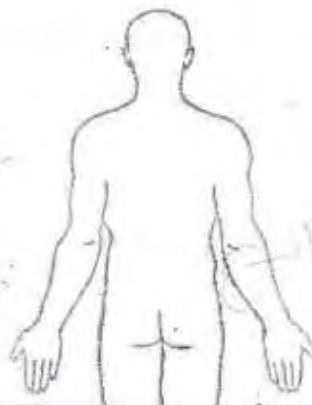
ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala		
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 ☒	10 - 24	4 ☐
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 ☐	25 - 35	3 ☐
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 ☐	≥ 36	2 ☐
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 ☐	01 - 09	1 ☐
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbucia	5 ☒	0	0 ☐
	Confuso	Choro irritado	4 ☐	> 90	4 ☐
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3 ☐	70 - 89	3 ☐
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 ☐	50 - 69	2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐	01 - 49	1 ☐
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6 ☒	0	0 ☐
	Localiza a dor	Retira ao toque	5 ☐	14 a 15	5 ☐
	Flexão normal	Retira a dor	4 ☐	11 a 13	4 ☐
	Flexão anormal	Flexão normal	3 ☐	8 a 10	3 ☐
	Extensão a dor	Flexão anormal	2 ☐	5 a 7	2 ☐
	Nenhuma	Nenhuma	1 ☐	3 a 4	1 ☐
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	

LEVE			MODERADA				INTENSA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA										

clavícula
Suspensão
da
patula



Passos
Unidade
Júlio
14.



12/10/20
Jornal ocorrido pela central de regulação, regulador Enio,
p/ um atendimento no QTH BR 174, depois de nova escala.
Acidente moto x caminhão. Ao chegarmos no QTH a vítima
encontrava em decúbito dorsal no mesmo local, sem capote, lucidez
orientada - o mesmo relatou que ao cair estava de capote por
retensão de peso. O mesmo sofreu múltiplos fraturas (Suspeita).
Suspeita de fratura de fêmur D; Suspeita Rôdia e Ulna D e capiteira
Suspeita de fratura da clavícula D. corte contuso no queixo, —
Sondagem baco E, ao performar o atendimento como manda
protocolo fomos apoiado do CBM. SSVU estava, Rencos venosa E
plco 18. Soro fisiológico 500 ml. Em pequena colocamos na UTR e
xgamos p/ HRGO SP. onde o paciente ficou aos cuidados Dr. Oscar.
Enviado QTH p/ médico regulador Enio.
As 09 04 8/12 base.


914 414



CAPACITAÇÃO EM OPERAÇÃO DE MÁQUINAS PESADAS
CONSTRUTORA E CURSOS VALE VERDE LTDA
CATERIA DE CAPACITAÇÃO E OPERAÇÃO DE MÁQUINAS PESADAS

VALE VERDE CURSOS

VALIDO COM APRESENTAÇÃO ANTES DA CERTIFICAÇÃO
CÓDIGO DE VALIDAÇÃO VALE VERDE
09022015/0150

NOME
JULIO MENEZES PALACIO

DIG. IDENTIDADE / CARGA / EMISSOR / UF
7570254 / PC PA

CPF
032.685.812-18

DATA DE NASCIMENTO
16/02/1996

FILIAÇÃO
JOAO LOPES PALACIO NETO
SILVANIA MARIA DE MENEZES

TEC. EMPREGADO
PA CARREGADEIRA

NÍVEL
01

DT. EMISSÃO
04/15/2015

VIGÊNCIA
09/02/2018

EXPIRAÇÃO
09/02/2015

OBSERVAÇÕES

- * Desenvolvimento teórico e prático
- * Apto ao desenvolvimento de atividades relacionadas
- * Documento valido apenas com apresentação de identidade e certificado

VALE VERDE CURSOS

Julio Menezes Palacio

LOCAL
URUARA-PA

DATA DE EMISSÃO
09/02/2015

ASSINATURA DO PORTADOR

ASSINATURA DO EMISSOR

CONSTRUTORA E CURSOS VALE VERDE LTDA

CPF 03.215.825/001-18

A AUTENTICIDADE DESTA FOLHA PODE SER COMPROVADA
INFORMANDO O CÓDIGO DE VALIDAÇÃO AO E-MAIL
VALEVERDECURSOS@GMAIL.COM





EMERGÊNCIA

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA
CEP: 69316-702- FONE: 4009-9150
RUA DELMAN VERAS, S/N, BAIRRO: PINTOLÂNDIA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

PAGE

RECEITUÁRIO

NOME

João Menezes Paiva

João Menezes

Paciente vítima de trauma por queda.
Múltiplas fraturas, com
fratura com enchimento (D) + coroa (D)
+ ossos do antebraço (D) + fêmur (D) +
bacia. Já apresenta osteossíntese.
Hoje encontra-se em sofrimento
físico e emocional, impossi-
bilidade de realizar suas atividades
cotidianas. Sendo atendido por
90 dias. CID: S42.0 / S72 / S52.

18/10/20

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 80

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1917 RQE 823

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante						CNES	
HOSPITAL LOTTY IRIS						7521251	
Nome do Estabelecimento Executante						CNES	
HOSPITAL LOTTY IRIS						7521251	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente				Cartão Gestante		Nome Social	
JULIO MENEZES PALACIO						Nº Prontuário	
						17253	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)		Data de Nascimento		Sexo		Raca / Cor	
203163415890003		16/02/1996		Masc ☒ 1 Fem ☐ 3		PARDALENSE	
Nome da Mãe				DDD		Telefone de Contato	
SILVANIA MARIA DE MENEZES							
Nome do Responsável				DDD		Telefone de Contato	
JULIO MENEZES PALACIO							
Município de Nascimento		UF		Nacionalidade		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)	
URUARA		PA		BRASILEIRA		LOGRADOURO DE RORAINOPOLIS	
Nº		Bairro		Município de Residência		Código IBGE do Município	
104		MUNICIPIO		RORAINOPOLIS		1400472	
Ponto de Referência		Documento		RG		CPF	
				7570254		03268581218	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante				Nº Cons. Classe		CPF	
						Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos							
pct com fratura de femur direito							
Condições que Justificam a Internação							
anamnese + exame físico							
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)							
vide anexo							
Diagnóstico Inicial				CID 10 Principal		CID 10 Secundário	
fratura de femur (D)							
PROCEDIMENTO SOLICITADO				CID 10 Causas Associadas		Nº Notific. Compulsória	
Descrição do Procedimento Solicitado						Código do Procedimento Solicitado	
VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)						10102019	
Tipo do Caráter de Internação		Clínica		Leito Complementar			
☐ Urgente ☒ Eletivo		CLÍNICA MEDICA		B - B26			
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante							
LAEL SILVA							
Documento		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assinatura		Nº do Conselho de Classe		Data Desseada para Internação	
☒ CPF ☐ CNS		81438630263		2015		04/04/2020	
Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo do Profs. Solicitante/Nº do Conselho de Classe					
04/04/2020							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS, ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS							
☐ AC DE TRÂNSITO		CNPJ da Seguradora		Número do Bônus		Série	
☐ ACID. TRAB/TÍPICO		CNPJ da Empresa		CNAE da Empresa		CBOR	
☐ AC TRAB./TRAJETO							
Vínculo com a Previdência		☒ Empregado		☐ Empregador		☐ Autônomo	
				☐ Desempregado		☐ Aposentado	
						☐ Não Segurado	
Nome do Profissional Autorizador				(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)			
ALEXANDRE SALOMAO DE OLIVEIRA							
Documento		Nº do CNS/CPF Profs. Autorizador					
☒ CPF ☐ CNS		61405558253					
Data da Autorização		Código do Órgão Emissor					
/ /							
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo					
814							



HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELI ME
CNPJ: 11.509.468/0001-22
Rua José Coelho, 72 - Centro
Boa Vista - RR

LOTTY IRIS

Prontuário: 17253 DATA DE ATENDIMENTO: 04/04/2020 HORA: 10:02:12
Leito: B - B26
Paciente: JULIO MENEZES PALACIO
Identidade: 7570254
Endereço: LOGRADOURO DE RORAINOPOLIS N° 104 Bairro: MUNICIPIO
CPF: 03268581218
Raça: PARDALENSE
DN: 16/02/1996 24 anos 1 mês 17 dias
Sexo: MASCULINO
Estado civil: SOLTEIRO (A)
CEP: 69373000
Ocupação:
Mãe: SILVANIA MARIA DE MENEZES
Pai: JOÃO LOPES PALACIO NETO
Naturalidade: URUARA
Telefone: 95991164802

Convênio: SUS
Matrícula: 203163415890003
Validade:
CNS: 203163415890003
Tipo de Atendimento: INT
Especialidade: CLÍNICA MEDICA
Setor: INTERNACAO B
Médico (a): LAEL DOS SANTOS DA SILVA

CONDUTA:

- ☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA PARA: _____
☐ ALTA A PEDIDO
ALTA POR EVASÃO
☐ INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: ____/____/____ : ____

ÓBITO

Antes do 1º atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO Destino: ☐ Família ☐ IML
☐ Anatomia Patológica ____/____/____ : ____


Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico





HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Nota de Alta

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: JULIO MENEZES PALACIO

Idade: 24 anos 1

Data Nasc.: 16/02/1996

Sexo: MASCULINO

Leito: B - B26

Prontuário (SPP): 17253

Convênio: SUS

Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)

Unidade: BLOCO B

CID: -

Internação: 04/04/2020 10:02 | Data Alta: 06/04/2020 08:01 | Permanência: 3 dias

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONALIDADE (AGF)

Pontuação:

Descrição:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO

FX DISTAL DE FÊMUR D

EXAMES E INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

RX E EXAME FÍSICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

FX DISTAL DE FÊMUR D

CONDIÇÕES DE ALTA

TRATADO

DIAGNÓSTICO NA ALTA

OSTEOSSÍNTESE DE FX DISTAL DE FÊMUR D

MOTIVO DE ALTA

ALTA MELHORADO

Recebido Em: ____/____/____


Dr. BRUNO VIEIRA
CRM: 1231
Médico





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: JULIO MENEZES PALACIO 24 ANOS
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 02/04/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE FX DISTAL DE FEMUR D E NO DIA
02/04/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTESE DE FX DISTAL DE DEMUR D SENDO
OPERADO PELO DOUTOR CARLOS HENRIQUE E P/ DR 0
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 06/04/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 04 (QUATRO) SEMANAS, COM O
DOUTOR CARLOS HENRIQUE.

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. VITOR MONTENEGRO

Dr. Lael dos Santos da Silva

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR 2015

segunda-feira, 6 de abril de 2020



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **JULIO MENEZES PALACIO**

SPP: 17253

Reg: 16540

Prescr. Nº: 1

Nasc. 16/02/1996 Idade: 24 anos 1 mês 17 - Sexo: MASC CID: -

Válida de 04/04 14:40h à 05/04 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 04/04/2020

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 04/04/2020, hora: 14:42, descrição: HD: fx de fêmur direito

Paciente submetido a osteosíntese de fêmur direito
CD: mantida

DIETA

2 DIETA ORAL LIVRE

SND

CUIDADOS

TABELA

- 3 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
4 TA + TPR 6/6h + CCGG, intermitente
5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=8UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente
6 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente

12 18 00 06

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

- 7 OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO - 1 COM em jejum VO 1 X dia 14
8 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP EV 6/6h 16 22 04 10
9 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, se náuseas e/ou vômitos EV SN
10 CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE NECESSÁRIO, se PAS >=160 e/ou PAD>=110mm /Hg VO SN
11 TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO 8/8h se dor intensa IV SN
12 SIMETICONA GOTAS 10 ML - 1 GTS 40gts VO 8/8h 16 00 08
13 CLINDAMICINA 600MG AMPOLA - 1 AMP 0 dia IV 6/6h 16 22 04 10
14 CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO - 1 COM 0 dia VO 12/12h 16 04
15 TENOXICAN 20MG COMPRIMIDO - 1 COM VO 12/12h 16 04

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

16 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

JCM

OXIGÊNIO

17 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

SN

Dra. TALITA RICARDO ARAUJO

CRM: 1689 CPB: 74541900220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

Januária B. F. R. Silva
Enfermeira
Coren-RR 595.773 ENF

Pablo P. dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 026.827-TE

Kelley P. dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 1.228.986-TE



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Psicotrópicos

Prescrição Nº: 1 SPP: 17253 Registro: 16540 Paciente: JULIO MENEZES PALACIO
Válida de 04/04 14:40h à 05/04 07:59h Procedimento: 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)
Unidade: BLOCO B Leito: B - B26 Data Int.: 04/04/2020 Sexo: MASCULINO Idade: 24 anos 1 mês 17 dias
CID: -

	Medicamentos	Observação	Via	Freq.
1	TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP , SE NECESSÁRIO	8/8h se dor intensa	IV	

Dra. TALITA PIZANCO ARAUJO
CRM: 1689 CRE: 74541900220
Medico Consultor

Dr. LAEL SILVA
CRM: 2015
Medico Assistente





HOSPITAL LOTTY ÍRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **JULIO MENEZES PALACIO**

SPP: 17253

Reg: 16540

Prescr. Nº: 2

Nasc. 16/02/1996 Idade: 24 anos 1 mês 17 Sexo: MASC CID: -

Válida de 05/04 08:00h à 06/04 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 04/04/2020)

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 05/04/2020, hora: 08:08, descrição: HD: fx de fêmur direito

Paciente submetido a osteosintese de fêmur direito
CD: mantida

2 Data: 05/04/2020, hora: 08:09, descrição: HD: fx de fêmur direito

Paciente submetido a osteosintese de fêmur direito
CD: mantida

DIETA

3 DIETA ORAL LIVRE

CUIDADOS

TABELA

- 4 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE 3/3D), intermitente
5 TA + TPR 6/6h + CCGG, intermitente
6 GLC. CAP < 70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente
7 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,
>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

12 18 00 06

SIN

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

- | | Medicamentos | Observação | Via | Freq. |
|----|--|----------------------------------|-----|---------|
| 8 | OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO - 1 COM | em jejum | VO | 1 X dia |
| 9 | DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP | | EV | 6/6h |
| 10 | METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO | se náuseas e/ou vômitos | EV | SIN |
| 11 | CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE NECESSÁRIO | se PAS >=160 e/ou PAD >=110mm/Hg | VO | SIN |
| 12 | TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO | 8/8h se dor intensa | IV | SIN |
| 13 | SIMETICONA GOTAS 10 ML - 1 GTS | 40gts | VO | 8/8h |
| 14 | CLINDAMICINA 600MG AMPOLA - 1 AMP 1º dia | | IV | 6/6h |
| 15 | CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO - 1 COM 1º dia | | VO | 12/12h |
| 16 | TENOXICAN 20MG COMPRIMIDO - 1 COM | | VO | 12/12h |

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

17 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

OXIGÊNIO

18 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231 CPF: 52030504220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

Ana Jessica Ramos da Silva
COREN-RR 001.595.962-TE

Kele Petros de Sousa Melo
COREN-RR 1.325.380-TE



HOSPITAL LOTTY IRIS

JOSE COELHO, 72

CENTRO, 69301-300, BOA VISTA/RR, Fone: (95) 3224-1790

Paciente: **JULIO MENEZES PALACIO**

SPP: 17253

Reg: 16540

Prescr. Nº: 3

Nasc. 16/02/1996 Idade: 24 anos 1 mês 17 Sexo: MASC CID: -

Válida de 06/04 08:00h à 07/04 07:59h

Proced.: VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTEF Data Int.: 04/04/2020)

Unidade: BLOCO B

Leito: B - B26

Convênio: SUS

EVOLUÇÃO MÉDICA

1 Data: 06/04/2020, hora: 08:02, descrição: ALTA

100 = 100% de cura (D)

DIETA

2 DIETA ORAL LIVRE

CUIDADOS

TABELA

3 AVP (MANTER DATADO E TROCA DE3/3D), intermitente

4 TA + TPR 6/6h + CCGG, intermitente

5 180-200=2UI, 201-250=4UI, 251-300=6UI, 301-350=8UI, 351-400=10UI,

>400=12UI+, AVISAR PLANTONISTA, intermitente

6 GLC. CAP<70MG/DL = 40ML GLC. 50%- INSULINA REG. SC, intermitente

- 12 18 00 06
- 12 18 00 06

Medicamentos

Observação

Via

Freq.

7 OMEPRAZOL 20MG COMPRIMIDO - 1 COM

em jejum

VO

1 X dia

14

8 DIPIRONA 500MG/ML AMP 2ML - 1 AMP

EV

6/6h

16

22

04

10

9 METOCLOPRAMIDA 5MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO

se náuseas e/ou vômitos

EV

SIJ

10 CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE NECESSÁRIO

se PAS >=160 e/ou PAD>=110mm/Hg

VO

SIJ

11 TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP, SE NECESSÁRIO

8/8h se dor intensa

IV

SIJ

12 SIMETICONA GOTAS 10 ML - 1 GTS

40gts

VO

8/8h

16

00

04

13 CLINDAMICINA 600MG AMPOLA - 1 AMP 2º dia

IV

6/6h

16

22

04

14 CIPROFLOXACINO 500MG COMPRIMIDO - 1 COM 2º dia

VO

12/12h

16

04

15 TENOXICAN 20MG COMPRIMIDO - 1 COM

VO

12/12h

16

04

Obs: Medicamentos identificados como psicotrópicos estarão destacados em **Negrito**.

SOLUÇÃO

16 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - 1 BOLS, intermitente

0/0h

OXIGÊNIO

17 O₂ CATETER NASAL, não contínuo, Se Necessário, fluxo 3 l/min

Dr. BRUNO VIEIRA

CRM: 1231 CPF:52030504220

Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA

CRM: 2015

Médico Assistente

15 - Fisioterapia respiratória - O fisio terapeuta no local realizado
19 - ALTA HOSPITALAR às 14

Dr. Lael Silva
Dr. Bruno Vieira
CREFITO 35.395-1



HOSPITAL LOTTY ÍRIS

Psicotrópicos

Prescrição Nº: 3 **SPP:** 17253 **Registro:** 16540 **Paciente:** JULIO MENEZES PALACIO
Válida de 06/04 08:00h à 07/04 07:59h **Procedimento:** 10102019 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)
Unidade: BLOCO B **Leito:** B - B26 **Data Int.:** 04/04/2020 **Sexo:** MASC **Idade:** 24 anos 1 mês 17 dias
CID: -

	Medicamentos	Observação	Via	Freq.
1	TRAMADOL 50MG/ML AMP 2ML - 1 AMP - SE NECESSÁRIO	8/8h se dor intensa	IV	


Dr. BRUNO VIEIRA
CRM: 1231 CPF: 52030504220
Médico Consultor

Dr. LAEL SILVA
CRM: 2015
Médico Assistente



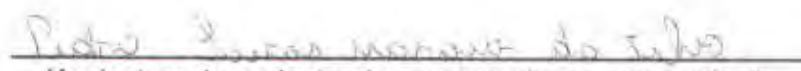
- ✓ Vestidos e blusas tomara-que-caia;
- ✓ Roupas transparentes, decotadas, costas nua e colada ao corpo;
- ✓ Joias, bonés.

HORÁRIO DE VISITA AO BLOCO

A VISITA ESTA SUSPensa POR TEMPO INDETERMINADO.

DEMAIS ORIENTAÇÕES AOS VISITANTES E ACOMPANHANTES

- ✓ Não é permitida a visita entre pacientes;
- ✓ Não fumar nas dependências do hospital;
- ✓ Não sentar na cama do paciente;
- ✓ Não entrar nas salas de serviços, postos de enfermagem e áreas exclusivas de serviço;
- ✓ Não é permitido tirar fotos nas dependências da unidade;
- ✓ Não manipular equipamentos hospitalares;
- ✓ Não lavar e estender roupas nos aposentos, cama, janelas ou dependências da unidade;
- ✓ Obedecer às orientações dos profissionais;
- ✓ Informações sobre o estado de saúde do paciente devem ser solicitadas somente aos médicos no horário de boletim e ou visita médica;
- ✓ É proibida a entrada de qualquer outro material como colchonete, cadeiras de praia e afins;
- ✓ Não é permitida a entrada de materiais cortantes, perfurantes ou/e perfuro cortantes.
- ✓ O hospital não se responsabilizará por valores, jóias ou qualquer objeto deixado nas acomodações pelos pacientes, acompanhantes e visitantes;
- ✓ Não é permitido o uso de aparelhos sonoros (celular, tablet...) no modo alto falante nas dependências da unidade.


(Assinatura do paciente e/ou acompanhante responsável)

Data: ____/____/____

**PARA GARANTIR UMA ESTADA SEGURA E CONFORTÁVEL É
IMPORTANTE QUE TODOS SIGAM AS ORIENTAÇÕES EXIGIDAS PELO
HOSPITAL LOTTY ÍRIS.**





ACESSO DE ACOMPANHANTE E ALIMENTAÇÃO:

Será permitida a permanência de 01 (um) acompanhante para cada paciente, sendo responsabilidade do hospital a alimentação do acompanhante nos casos em que estiver acompanhando:

- ✓ Paciente idoso a partir de 60 anos;
- ✓ Paciente portador de necessidades especiais;
- ✓ Paciente pós-operatório cirúrgico;
- ✓ Paciente adolescente (0 à 17 anos de idade) acompanhado com maior de 18 anos;
- ✓ Paciente psiquiátrico (com laudo médico);
- ✓ Paciente oriundo de países circunvizinhos;
- ✓ Paciente indígena;

A Recepção da Orla abrirá às 07H e encerrará às 19:00 TODOS OS DIAS;

- Outros casos serão avaliados pelo Serviço Social, Psicologia e/ou Diretor Clínico da Unidade;
- O acompanhante deverá trazer consigo material de higiene pessoal;
- **O acompanhante deverá ser maior de 18 anos;**
- **Não será permitido idoso como acompanhante, a partir de 60 anos;**
- O horário de troca de acompanhantes será realizado **SOMENTE** nos seguintes horários **07h00min às 08h00min / 17h30min às 18h30min;**
- A troca de acompanhante deverá ser feita na recepção da unidade, devendo ser apresentado documento com foto;
- **Entrada de alimentos para pacientes somente com autorização por escrito da Nutricionista;**
- **Não será permitida a entrada de menores de 14 anos de idade (no caso de visitantes);**
- A internação se dará em leitos de enfermaria ou apartamento individual, caso não haja leito de enfermaria disponível no momento;
- **Conforme as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) não serão permitidas a alimentação dentro das enfermarias ou corredores, apenas no refeitório;**
- Os horários das refeições dos pacientes serão **Café da Manhã 07h15min/Almoço 11h00min/ Jantar 17h15min** e para acompanhante **Café da Manhã 08h às 9h / Almoço 11h15min às 12h30min / Jantar 18h00min às 19h00min.**

Não será permitida a permanência de acompanhantes e entrada de visitantes trajando:

- ✓ **Shorts, Bermuda, blusas de alças (mostrando ombros);**
- ✓ **Mini blusas e minissaias;**



06/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

	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: P. G. R. NIR		2 - CNES: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		4 - CNES: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Identificação do Paciente												
5 - NOME DO PACIENTE: Julia Meneses Palácio		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 178589										
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 2031163415890003		8 - DATA DE NASCIMENTO: 10/02/96										
9 - SEXO: Masc ☒ Fem ☐		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Silviana Maria de Menezes										
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:										
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:										
15 - UF:		16 - CEP:										
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO												
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Doença com fratura em braço direito												
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Internação												
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): História + Exame físico + Radiografia												
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura em braço direito												
21 - CID 10 PRINCIPAL:												
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:												
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:												
PROCEDIMENTO SOLICITADO												
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:										
26 - CLÍNICA:	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	28 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF										
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:										
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 08/07/20		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Odineia Okemi Médico Residência Especialidade: Traumatologia										
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)												
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 - CNAS DA EMPRESA:		41 - CBO:										
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO												
AUTORIZAÇÃO												
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:										
45 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:										
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 08/07/20		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):										

Anexo I

Tramitação 02/10/2020

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Julio Muniz Polacia

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 178589

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO 16/04/96

9 - SEXO Masculino FEM. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF _____

16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
luxação Stump Púnica ("limbo Acumto")

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Tumorante Cerebral

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL luxação Stump Púnica

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO RMS + lincosados de fixador externo em tórax

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA Ortopedia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Urgência

28 - DOCUMENTO () CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Fernando Rezende

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/02/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO CRM-RR 2007

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 29/02/2020

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

24 002 000 30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
Julio PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Julio Menges Palom				
AGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	25/08/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				naidm
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12h
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				16h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H				retorno
14	CURATIVO DIÁRIO				SND
15	Clex- 400 SC 1x12 (18) parte relatada que				OK
16	fa foidm.				
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 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,
NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. João Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
HGR - RR 1901

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	141x81	94	
24 H	130x74	72	20x4

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

parte retornada às 17:30
com acesso venoso feito
medicação: OK

Dr. João Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
HGR - RR 507017 TE

EXEMPLO DE COMO DEVERIA SER O ASSINADO

3

Katiano F. Rocha Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 000.000

Ala Dias dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 507817 TE

Enerson Peres Almeida
COREN-RR 000.000.000-AL

06h

30.7°C

100 X 80 / X 8

Katiano F. Rocha Sousa
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 000.000



BOLETIM OPERATÓRIO



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 19/08/2020

O.S. _____

João Muniz Polician

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Fornecer um DDH com unguento antiaérmico;
2. AA + OCE;
3. RMS + Colocação de FE em disco (2 para um lado com a visibilidade) + antitumores uniaxiais + antitumores;
4. A RJA.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RJ 2007



FICHA DE ANESTESIA

31 de Agosto Palmera.

29.

29/02/20

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N

A G N E S		19	20	45	12	15	30	45	15	20	45	15	30	45	15	30	45	
DA	°C	240	100 100 100 100															
ULSO	°C	220																
ANES	°C	180																
ASPR	°C	160																
RESP	°C	140																
Expon		120																
Asist		100																
Contro		80																
SÍMBOLOS		60																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. 10mg	10mg	Respiração	1-CHUCK 100mg
B. 5mg	5mg	Respiração	100mg 50mg
C. 120mg	120mg	1-13 April 1964	① EV ② CN ③ ④
D. 24mg	24mg	1-13 April 1964	① EV ② CN ③ ④
E. 100mg	100mg	1-13 April 1964	① EV ② CN ③ ④
F.			
G.			
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringeo	
NOCO		Naso / Orolingual - Cope	
BANQUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo	
		Solo Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL			
OPERAÇÃO			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIA	PERDA SANGÜINEA

Bruno Thiago D. C. Pinto
MEDICO
CRM-RR 1025





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Julio Mendes Palacios		PAR-Rx42	00176589	29/02/20	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
(RM5+ escleracao) Tratamento cirurgico de tumor de pele aberto com base		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		12:30	12:35		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Dr. F. F. F.	ANESTESISTA:	Dr. A. A. A.		
1º AUXILIAR	Dr. M. M.	RES. ANESTESIA:	Dr. B. B. B.		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE	Valéria / Max / Nivaldo		
TIPO DE ANESTESIA: Rápida 13.55		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
7	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		7	ERASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
7	PACOTES GAZE			Exat. de Anestesia	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
7	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 03ML			SURGICEL	
1	SERINGA 05 ML		15ml	CERA P/ OSSO - Microchips	
	SERINGA 10ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 20ML		15ml	GEOFOAM - Alcool 70%	
			7	FITA CARDIACA P/ TELA 02	
15ml	Procedimento Tópico		N	OUTROS: Eléctrodo	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

ORTOBENTES IND. E COM. LTDA
T.M. - 58/11/04/0001
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350
Ref. 4747/03 Lote: 10.000/000
Registro ANVISA: 10223710095



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Tratamento cirúrgico de lesão ligamentar aberto em braço	
Nome do Paciente: Julio Mendes Pereira		IDADE: 34	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário 00578539	Data 29/02/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala 6	Circulante de Sala: Vouge/2016/1/Mar	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: ex. fixação cirúrgica Pexodon					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)

Dados Adicionais:

Marca:

QUANT

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39494000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350
Ref.: 4747/03 Lote: 194.000068
Registro ANVISA: 10229710005

1º AUXILIAR:

MÉDICO CIRURGIÃO:

INSTRUMENTADOR:

Dr. Ruan Gomes da Silva
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-RR 695
RQE 434 RQE 694

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

QUANT

DESCRIÇÃO DO ITEM

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: ena me hor@mail.com

5) 4) Placa
3) Incisão
2) Cateter O2
1) Vendicise
8) Dreno
9) SNG/SNE
10) Garrote
11) TOT () Não () Sim N°
12) SVD () Não () Sim N°
13) Outros:
Vitalis Vitais: Saída da SO
A) Regular () Irregular
B) SARA () UTI () outros:
C) R
D) mmHg
E) SAT
F) rpm

Serie 001

135

1

CHAVE DE ACESSO

1420 0110 6318 9700 0105 5500 1000 0001 3510 3003 0494

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Setax Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

314200000062689 - 08/01/2020 15:43:07

RURUT.

CNPJ

10.631.897/0001-05

CNPJ / CPF

05.370.016/0001-00

DATA DA EMISSÃO

08/01/2020

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

NOVO PLANALTO

CEP

69312-470

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

9521210521

ORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	72.000,00
TAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	72.000,00

0,00 0,00 0,00

ANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

ME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

(9) Sem Frete

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

DIREÇÃO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPECÍFICA	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
------------	------------	-------	-----------	------------	--------------

DIGITO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	DICST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	R CALC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 350, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L000968 (17 UN.) 19L000969 (15 UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	32,0000	800,0000	19.200,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L002309 (5UN.) 19L002312 (2UN.) 19L002313 (17UN.) 19L002590 (12UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	36,0000	600,0000	21.600,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L002784 (8UN.) 19L002786 (9UN.) 19L003131 (8UN.) 19L003136 (10UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	35,0000	600,0000	21.000,00	0,00	0,00		0,00	
17.02.03.04-6	FIXADOR EXTERNO LINEAR 400, MARCA ORTOSINTESE; LOTE: 19L003174 (6UN.) 19L003175 (5UN.) 19L003612 (2UN.) 19L003772 (4UN.)	90211020	0400	5103	UNID.	17,0000	600,0000	10.200,00	0,00	0,00		0,00	

DADOS ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Fiscal: PROCESSO Nº 07273/19-33

ATA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02604-1

DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA 2617-4

CONTA CORRENTE: 56.164-9

EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

RESERVADO AO FISCO



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome João Barbosa
Responsável Cirurgião Fernando

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☐ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☐ Sim, Qual: Não

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 22/10/20 Assinatura [Assinatura] Hora 11:00h

ANTES DA INCISÃO

Anestesia Local

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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.

- ☒ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____

Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☒ Não

- ☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo [Assinatura]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Guliano Manoel Nogueira				
AGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	29/01/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12/18/24/06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				12/18/24
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12/18/24/06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18/02
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	Oxirrin 40% 50ml				06
16					
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 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:

DR. BERNARDO GUILHERME
Médico
CRM-RR 1995

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

M^{te} Amelia de S. Aguiar
Res. de Enfermagem
COREN/RR 907.678-1E

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	INHA MENEZES				
AGNÓSTICO	Fratura clau, com 2 metacarpo + 1° metacarpo				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	01/03/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	CLOXINE 400mg SC 1x/12h				
16					
17					
18	Transferir para HC				
19					
20					
21					

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1918/RR

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	
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUAR

DATA: 04/03/2020

PACIENTE: JULIO MENEZES PINHEIRO DN: 11

DIAGNÓSTICOS:

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:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente estável, sem sinais
de agravamento, com função renal
normal e sem sinais de insuficiência

Boa Vista, 04 de março de 2020. Hora: 11:00 hrs

Dr. Marcelo Marques
Médico
CRM 1912/RR

CRM 19118

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM 1

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 20/12/20

PACIENTE: João Messias Barbosa

DIAGNÓSTICOS: fratura em 8º dedo da mão

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: Faz. 5 Litr. 30

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:

Clonazepam + Sildenafil

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, 22 de dezembro de 2020. Hora: 16:13

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Dr. Larissa V. Lima
Médica
CRM-RR 1989

CRM _____

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

☒ HC () HLI () HMI () OUTRO _____

Dr. Alexandre Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1984



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 22/02/2020
PACIENTE: JULIO MENEZES PRAZIO DN: 1/1
DIAGNÓSTICO(S): Px ciática / lumbago / artrose / fratura / fratura
DIH: 1/1
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (1/1): _____

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS _____
IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fratura em
limbo direito, solicitou
manipulação p/ fechamento
cirúrgico p/bioma

Boa Vista, 22 de 02 de 20 20. Hora: 10:00

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM 1918/RR

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

CRM 1918

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 1918

transf: 14/02/20

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		NIR		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						NIR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde															
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE												2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE												4 - CNES			
Identificação do Paciente															
5 - NOME DO PACIENTE <i>Silvio Menezes Palato</i>												6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>178569</i>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>203163415890003</i>												8 - DATA DE NASCIMENTO <i>10/02/1996</i>			
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3															
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Silvânia Maria de Menezes</i>												11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)															
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Porciúncula</i>												14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
												15 - UF <i>PA</i>			
												16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO															
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente - vítima de acidente de trânsito com múltiplos traumas (clavícula, antebraço, cotovelo, fêmur, e) pelvis em litro aberto</i>															
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>+ TC crânio + suposta fratura</i>															
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Araucária + RX + Ex. físico</i>															
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Múltiplos traumas</i>															
21 - CID 10 PRINCIPAL															
22 - CID 10 SECUNDÁRIO															
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS															
PROCEDIMENTO SOLICITADO															
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO															
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO															
26 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>															
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO															
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF															
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Pedro de S. Fausto</i>															
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE															
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>08/02/20</i>															
32 - ASSINATURA <i>Assessoria Jurídica</i>															
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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR															
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0408040754 → 5333</i> <i>0408050519 → 5773</i>															
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF															
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR															
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>07/20</i>															
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)															

Anexo I

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL		21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		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 - Nº DO BILHETE	
34 - SÉRIE		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - CNPJ EMPRESA		37 - CNAE DA EMPRESA	
38 - CBOR		39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
40 - EMPREGADO		41 - EMPREGADOR	
42 - AUTÔNOMO		43 - DESEMPREGADO	
44 - APOSENTADO		45 - NÃO SEGURADO	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 08 / 02 / 2020

O.S. _____

João Muniz Palócia

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

fractura de humero direito + FX femur (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tratamento Cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Oliveira

1º AUXILIAR:

Dr. Fernando

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto de DDH avaliada satisfatoriamente;
2. AA + CCE;
3. Colocação de FE um dia (2 pontos um cada unha alínea) + canturela endoscópica + colocação de FE amarrando fuso fixando um coxa (D) canturela endoscópica + canturela;
4. A RPA

Dr. Marcelo Ayuda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1243 / RQE: 550

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

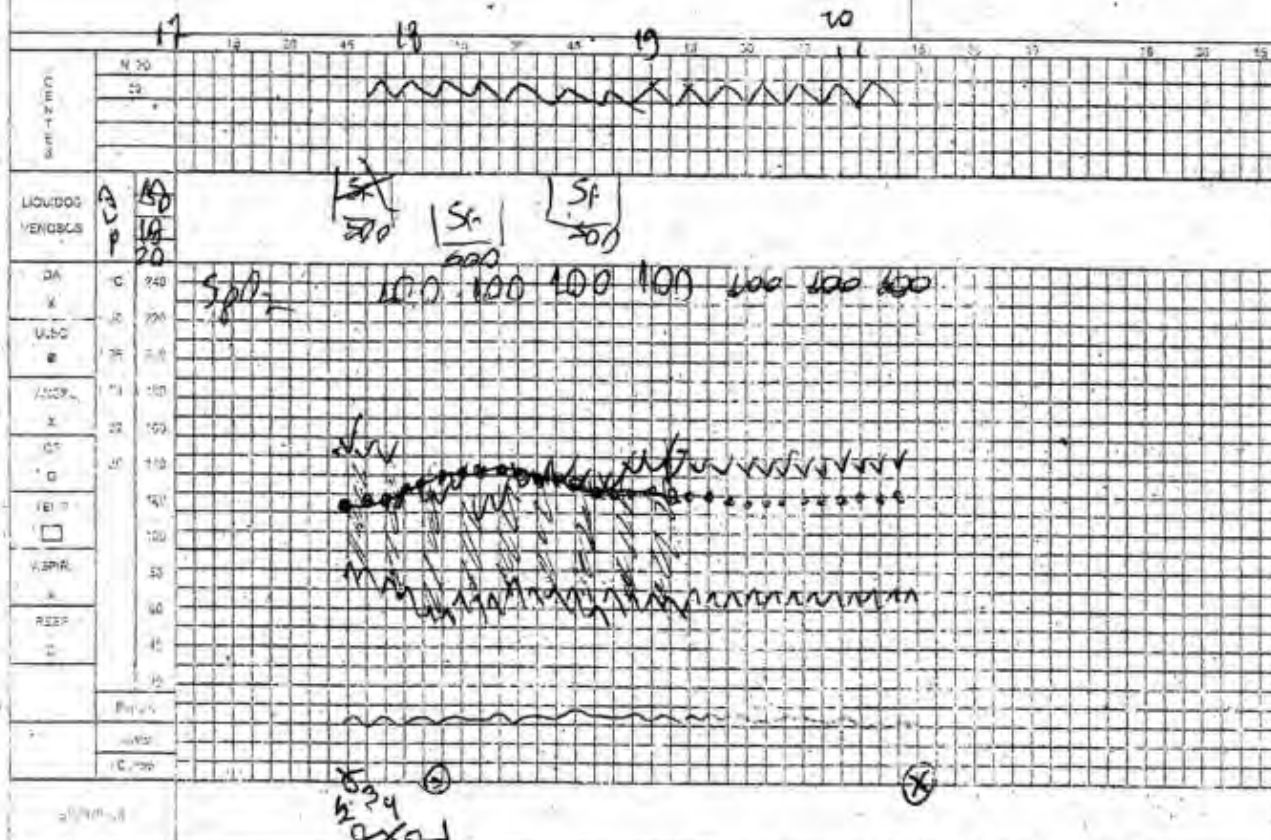
FICHA DE ANESTESIA

Amazônia Patrimônio dos Brasileiros

07/02/20

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nagen Nagen

[illegible]

Alberto F. M. Herrera
Médico-Anestesiólogo
CRM 307/RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

23 Anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Julio meneses Palacios			08 / 02 / 2020

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Ficção de Quadril + Fixação de Zemur distal "D"	18:15	20:22	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Fernando	Dr. Fabiano
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Odinarh	Dr. Bruno R2
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE
	Edizangela M. Andre

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Raqui + Sedação 17:54	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
4	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			GEORCAM ataduras 20 cm	
	SERINGA 05 ML		1	GEORCAM agulha P/ raqui 24	
	SERINGA 10ML		1	GEORCAM Cateter P/ 02	
	SERINGA 20ML		1	GEORCAM Cateter 400 30 ml	
1	Eletródios		1	OUTROS álcool + ov - 100 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Edi Kar Waux Ka	SUB- TOTAL	
	Suellem Ramos	TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	Edizangela	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel: 95.111.8040/000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400
Ref: 4747/02
Registro ANVISA: 10228710095

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel: 95.111.8040/000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400
Ref: 4747/04
Registro ANVISA: 10228710095

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Julio menses Polacio.		IDADE: 330mes	SEXO: F () M (X)	Nº do Prontuário	Data 08/02/2020
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala IV	Circulante de Sala: Aizengela. M / Andre	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Fixador 300 Fixador 400					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
	Fixador de 300	1	
	Fixador de 400	1	
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39404000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400 Ref.: 4747/04 Lote: 19A004867 Registro ANVISA: 10228710095			
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39404000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531 Registro ANVISA: 10228710095			

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()	Marca:
EM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39404000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400 Ref.: 4747/04 Lote: 19A004867 Registro ANVISA: 10228710095		
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39404000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300 Ref.: 4747/02 Lote: 19E001531 Registro ANVISA: 10228710095		

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: sso.ma.horaima@gmail.com

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	SILVIA MENDES PALAU				
AGNOSTIA	Múltiplas fraturas (femur, plav, costado clavícula)				
ALERGIAS	Artimeto	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	1	LEITO		DATA	08/10/20
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.N.D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N 6/6h				18: 24 06 12
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18: 24 06 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				16: 24 06 12
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				16: 24 08
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.N.D
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				16: 22 04 10
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18: 00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Atenção
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Atenção
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Construção de hematomas de bolsa EL				
16	Claxone 400mg SC 4x dia				20
17					
18					
19					
20					
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 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
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Pedro de S. Fausto
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/RR 2028
 MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

120-3(m)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Joaquim da Silva			
AGNÓSTICO	Paciente com lesão de tornozelo + FX. Tibia + FX. Fêmur + FX. Ombro + FX. Quadril			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		DATA	07.02.2020
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			NAVARO
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			48 - 24 DE 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			18 - 18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			22 - 06 - 11
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			48 - 22 - 04 - 10
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			18 - 22
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
13	SSVV + CCGG 6/6 H			
14	CURATIVO DIÁRIO			
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007

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	Tem
12 H	120/83	83		36.7
18 H				
24 H	120/70	85		36.0

MEDICO RESIDENTE
Cleidimar Araújo Oliveira
Técnico em Radiologia
CRM-RR 599.293

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE JULIO MENESES PALACIOS					
AGNÓSTICO FX FEMUR+LIVRO ABERTO+ANTEBRAÇO					
ALERGIA		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	120-2	DATA	09/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE PASTOSA				7h
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				At 24h
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				At 24h
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h				At 24h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				5h
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				At 6h
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5h
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				At 6h
11					
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 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: # CONDUZA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
Clínica 120 + 120 3628					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	122/82	108	20		
18 H	134/84	120	22		
24 H	120 + 70	110	22		
				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028	

Plantão diurno, admissão realizada
hidratação prescrita. segue
nos cuidados. R

120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
AGNÓSTICO MÚLTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE)					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	120-2	DATA	10/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA				
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR				
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA				
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 U/LML, 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. #SOLICITAÇÃO: #CONDUTA: MANTIDA #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: #PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR-2028
6 H	PA	FC	FR	Temp.	
12 H	122x76	63		36,3°C	
18 H	139/90	86		37°C	
24 H	120x80	80		36,2°C	

06h PA 120x80
P: 78
T: 36°C

07-13h - Paciente acordado, higienizado no leito, realizado troca de lençol, suture presente em SVI com 800ml. Sem queixos, segue sob cuidados da equipe. Rec. Srt. Kersany com-vr 1248368

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -				
	HGR				
Paciente:	Junior Menezes				
Leito:	20.2				
Data:	01/02/2020				

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

170-2

22h. medicamento l.y.m. af
vado SSVU, segue nos
unidades

Jacqueline de Aguiar
Técnica de enfermagem
COREN-PA 54997-TE

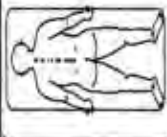
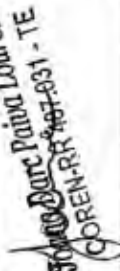
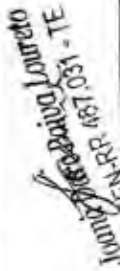
1063004
01/06/06

Tarde - 53 VU Prescrição Médica
ADM - conforme
Atividade gerada pelo
Item 34, mas foi demonstrado por não ter
no setor

Geozilande Melo da Souza
COREN-RR 292.369 - TI

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -				
	HGR				
Paciente: <u>Julio Denegri</u>		Data: <u>11/02/20</u>			
Leito: <u>2802</u>					

Localização			Região: <u>Quadrul</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular Trauma: <u>DE</u> Tração <u>DE</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		
Pele Perilesional	Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Tipo de Exsudato	Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:		
Quantidade de Exsudato	Molhado (X) Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca ..	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	 Juliana D. Silva Enfermeira COREN-RR 491-031-TE	 Paulo Pinheiro Loureiro Enfermeiro COREN-RR 491-031-TE	 Paulo Pinheiro Loureiro Enfermeiro COREN-RR 491-031-TE
Observações:			

1202

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
AGNÓSTIC	MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	120-2	DATA	12/02/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO			S/N	
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H			CRS 08 16	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			CRS 18 18 2006	
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			CRS 18 16 2006	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			18 06	
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			18	
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA			12 18	
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR			(14) 20 08	
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR			UTS 19 2006	
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA			06	
17	SSVV + CCGG 6/6 H			RECEITA	
18	CURATIVO DIÁRIO				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N	
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 IU/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: #CONDIÇÃO: MANTIDA #PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: #PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	133x74	96		36°	
18 H	130x70	90		36°	
24 H	140x92	103		36°	

18 only have much worse CRP
SSVV also finished
Obs: não realizou os itens
4-15 não tem mais dados disponibilizados no sistema

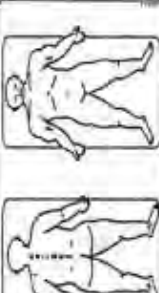
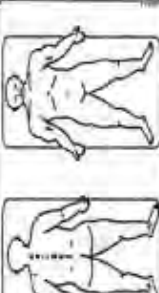
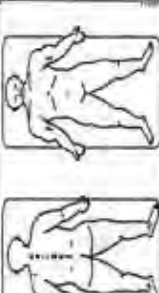
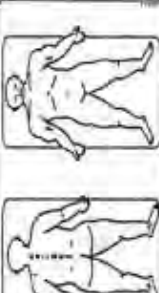
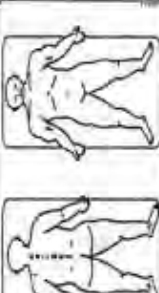
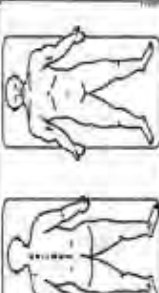
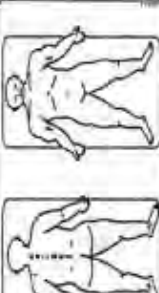
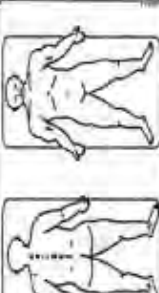
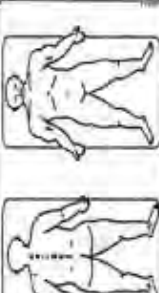
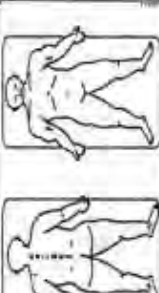
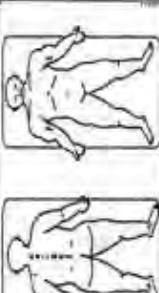
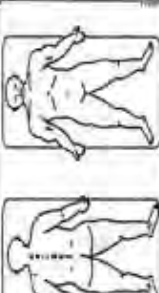
sem verificação
SSVV e adm
instruções e
direções com
formas para
curação medi

Obs: Realizado
teste ANP
MSE
Cristiana Sarmento de Se
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 462501

Marinalda S. Richil
Aux. Enfermagem
COREN-RR 462501

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -				
	HGR				
Paciente: <u>Julie Dantas</u>		Data: <u>12/02/2020</u>			
Leito: <u>120-2</u>					

Localização			Região: <u>coxa D/E</u> Grau: I () II (x)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>X</u> Tração <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	(x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		(x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) Serossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco		() Molhado (x) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%		(x) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(x) Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h		() 12/12 (x) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE
Observações:	<u>Realizado curativo e troca de gaze</u> <u>Vanessa da Silva Moraes</u> Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		



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

Eu Julio Veneres Palacios 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, 14 de 02 de 20 20

Assinatura do paciente: Julio Veneres Palacios

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]

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
AGNÓSTICO: MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE)					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	120-2	DATA	13/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SW
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				mantida
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				08 16 24
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SW
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SW
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18 16 22
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18 06
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA				18
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				08
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR				08
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA				08
17	SSVV + CCGG 6/6 H				08
18	CURATIVO DIÁRIO				08
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SW
20	TRANSFERIR AO HC				
21					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
13L/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:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

06h 120/60 P-94 Tax 36,6

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140x75	94	36
18 H	157x80	103	36
24 H	140x80	100	

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM RR 2028

17:00h, fazer medicação C.P.U.
exite 15 e 16 não tem no
Sitem
30m, unificados

Rafaela Almeida de S. Lins
Téc. Enfermagem
CREN-RR 609.003-772

Of. Administrativo Medicamentos CP N.º
Atividade SSVV.4 e Atividades Gerais

Lauro de Almeida
Téc. Enf.
Cores 812473



120-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
AGNÓSTICO	MULTIPLAS FRATURAS (CLAVICULA, COTOVELO ANTEBRAÇO FEMUR PELVE				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	120-2	DATA	14/02/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H				12 18 24
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12 18 24 06
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SNV
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SNV
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SNV
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12 18 24 06
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12 18 24 06
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				12 18 24 06
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA				12 18 24 06
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				12 18 24 06
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR				12 18 24 06
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA				12 18 24 06
17	SSVV + CCGG 6/6 H				12 18 24 06
18	CURATIVO DIÁRIO				12 18 24 06
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12 18 24 06
20	TRASFERIR AO HC				12 18 24 06
21					12 18 24 06

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: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EÚPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	124/66	100	355/c
24 H			

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

Obs: Os itens 14 e 16 não tem em ampola EV não tem comprimido de xanax

08/10/20 Ortopedia

Paciente vítima de acidente
transito, apresentando múltiplas
fraturas: 1 fx clavícula proximal (D),
fx cotovelo D, fx antebraço D,
fx fêmur D, fx pulso
Ex. físico, laqueado hipocrato, taquicárdia
PA não avaliada.

cd: Ao ET Pl transfusão sanguínea
+ infusão de volume
e após estabilização ad
C.C. para fixação

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

às 16:00

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

08/09/2020
Julio Minayo Balacines
0144200109041

387

16:20	36.0	90x60	146	16
16:35	36	90x60	117	17
17:21	36	90x60	117	20

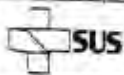
lyna...

Dr. Leon Pereira Pires
CRM-RR 2007

NIR

Anexo I

TRANSF. 2163/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO 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

8 - Nº DO PRONTUÁRIO
178589

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Acidente de trânsito
com fraturas de antebraço e
+ fixação externa femur (operado)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ORVUR 611

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

12x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

31 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fx Antebraço D + Fx Femur D

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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)

Correa E L. P. 19/03/20

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

38 - SÉRIE
CRALRR 403

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

040802 0473-5524

040806 0360-1842

Y838

... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

208-1

 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		3 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		231965-9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		231965-9	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº. DO PRONTUÁRIO	
JULIO MENEZES PALACIO		00178589	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
203163415890003		16/02/1996	
9 - SEXO		10 - RAÇA / COR	
1 - Masculino		PARDA	
11 - NOME DA MÃE		12 - TELEFONE DE CONTATO	
SILVANIA MARIA DE MENEZES			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO	
JULIO MENEZES PALACIO			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO, 18 - UF	
AVENIDA: BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - SN - AEROPORTO		140010 RR	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		19 - CEP	
BOA VISTA		69.310-005	
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 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
CIRURGIA GERAL		ELETIVO	
31 - DOCUMENTO		32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
		18/03/2020	
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	
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - Nº. DO BILHETE	
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - SÉRIE	
42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CSOR			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	
48 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO			
☐ CNS ☐ CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Julio Pereira

Data: 19/03/2020

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Sob Sedação Feita RMS Fixado
Extruso Flexão
- 2) Injeção Dorso Nível
Disco x Plano - Encontro-se F
Comunicação 43 1/2 Proximal
Redução - Estabilização com Place DCD
Furos + OF Vantuso
- 3) Injeção Uter - Disco x Plano
Redução - 3º Fx Comunicação Uter
Redução - Estabilização com Place
DCP 10 Furos + OF Parafusos
Fecharmento x Plano
Tela Cossida Tugum Rodolico

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 498



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Paralela dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Julio moniz blacio, 24 anos.

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO *#Fentanil 100 mcg e
#Midazolam 5mg e/*

Nº *Boa Vista - RR
19.03.2020*

11:00 12:00 13:00

AGENTES

LIQUIDOS VENOSOS

DA X

ULSO

ANES

OP

TEMP

ASPHR

RESPI

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TECNICA

ANOTAÇÕES

GLICOSE

LIQUIDOS

NDCC

SANGUE

STOQ: 1500 ml

TEMP DO ANESTESIA

OPERACAO

Tratamento cirurgico de fratura multiphaqueada
Cabeço e autoclave direito.

ANESTESIA

CÓDIGO

CIRURGIAO

PERDA SANGUINEA

Bruno Thiago B. C. P.
MÉDICO
CRM/R 1025

- ③ Propofol 30 mg e/
- ④ Ketamina 25 mg e/
- ⑤ Ceftriaxona 2g e/
- ⑥ Penicilina 40 mg e/
- ⑦ Diprivan 2 g e/
- ⑧ Propofol 30 mg e/
- ⑨ Encamilus paciente SDA

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____			
Sexo: _____	Cor: _____	Idade: _____	Peso: _____
Diagn. Pré-OP: _____	Alt: _____	Classe: _____	Data: ____/____/____
Cir. Proposta: _____	Patol. Assoc.: _____		
Anest. Ant: _____			
Alergia: _____			
Alcool: _____	Fumo: _____		
DROGAS: (Corticóides, fenotiazínicos, hipotensivos, narcóticos, hipotéticos, diglicílicos, anticoagulantes, diuréticos, antibióticos, sulfas, casopressor, IMAO, outros)			
Estado Mental: _____	Boca: _____		
Pulso: _____	Velas: _____		
RX: _____			
Fases: _____			
Hepatograma: _____			
Outros: _____			
Parâmetros Clínicos: _____			
PA: _____	Pulso: _____	Temperatura: _____	

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____	Leuc: _____	Ht: _____	Hb: _____
Hm: _____	lc: _____	ls: _____	p. Lipo: _____
c. Coag: _____	Pq: _____	Ureia: _____	
creat: _____	Glic: _____	Na: _____	mEq/l
Cl: _____	mEq/l	mEq/l	pH: _____
pCO2: _____	BA: _____	BB: _____	BS: _____
URINA: d: _____	pH: _____	glic: _____	Alb: _____
Sedim: _____			
Ap. gen. Un: _____			
AP. Resp: _____			
AP. Circ: _____			
AP. Dig: _____			
S. Osteo - Art: _____			
S. Nerv: _____			
S. Endoc: _____			
Est. Fis (ASA): _____	AN. Proposta: _____		
NB: _____			

Assinatura _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: 19/03/2020 Hora: 14:30
Examinado paciente PGG JOTA
expressivo, acústico para bloco
da ortopedia.

Andressa M. Lima
Médica Residente de Anestesiologia
CRM-BA 2089

Assinatura

Data: ____/____/____

Hora: _____

Assinatura



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ginecologia		Procedimento Realizado: Cesariana	
Nome do Paciente: Jéssica Maria dos Santos		IDADE: 34	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 18/10/2020
Bloco: A	Enfermaria: Nº 5	Leito: C 1	Nº da Sala 6.1	Circulante de Sala: 17/10/2020	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24, C25, C26, C27, C28, C29, C30, C31, C32, C33, C34, C35, C36, C37, C38, C39, C40, C41, C42, C43, C44, C45, C46, C47, C48, C49, C50, C51, C52, C53, C54, C55, C56, C57, C58, C59, C60, C61, C62, C63, C64, C65, C66, C67, C68, C69, C70, C71, C72, C73, C74, C75, C76, C77, C78, C79, C80, C81, C82, C83, C84, C85, C86, C87, C88, C89, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C97, C98, C99, C100, C101, C102, C103, C104, C105, C106, C107, C108, C109, C110, C111, C112, C113, C114, C115, C116, C117, C118, C119, C120, C121, C122, C123, C124, C125, C126, C127, C128, C129, C130, C131, C132, C133, C134, C135, C136, C137, C138, C139, C140, C141, C142, C143, C144, C145, C146, C147, C148, C149, C150, C151, C152, C153, C154, C155, C156, C157, C158, C159, C160, C161, C162, C163, C164, C165, C166, C167, C168, C169, C170, C171, C172, C173, C174, C175, C176, C177, C178, C179, C180, C181, C182, C183, C184, C185, C186, C187, C188, C189, C190, C191, C192, C193, C194, C195, C196, C197, C198, C199, C200, C201, C202, C203, C204, C205, C206, C207, C208, C209, C210, C211, C212, C213, C214, C215, C216, C217, C218, C219, C220, C221, C222, C223, C224, C225, C226, C227, C228, C229, C230, C231, C232, C233, C234, C235, C236, C237, C238, C239, C240, C241, C242, C243, C244, C245, C246, C247, C248, C249, C250, C251, C252, C253, C254, C255, C256, C257, C258, C259, C260, C261, C262, C263, C264, C265, C266, C267, C268, C269, C270, C271, C272, C273, C274, C275, C276, C277, C278, C279, C280, C281, C282, C283, C284, C285, C286, C287, C288, C289, C290, C291, C292, C293, C294, C295, C296, C297, C298, C299, C300, C301, C302, C303, C304, C305, C306, C307, C308, C309, C310, C311, C312, C313, C314, C315, C316, C317, C318, C319, C320, C321, C322, C323, C324, C325, C326, C327, C328, C329, C330, C331, C332, C333, C334, C335, C336, C337, C338, C339, C340, C341, C342, C343, C344, C345, C346, C347, C348, C349, C350, C351, C352, C353, C354, C355, C356, C357, C358, C359, C360, C361, C362, C363, C364, C365, C366, C367, C368, C369, C370, C371, C372, C373, C374, C375, C376, C377, C378, C379, C380, C381, C382, C383, C384, C385, C386, C387, C388, C389, C390, C391, C392, C393, C394, C395, C396, C397, C398, C399, C400, C401, C402, C403, C404, C405, C406, C407, C408, C409, C410, C411, C412, C413, C414, C415, C416, C417, C418, C419, C420, C421, C422, C423, C424, C425, C426, C427, C428, C429, C430, C431, C432, C433, C434, C435, C436, C437, C438, C439, C440, C441, C442, C443, C444, C445, C446, C447, C448, C449, C450, C451, C452, C453, C454, C455, C456, C457, C458, C459, C460, C461, C462, C463, C464, C465, C466, C467, C468, C469, C470, C471, C472, C473, C474, C475, C476, C477, C478, C479, C480, C481, C482, C483, C484, C485, C486, C487, C488, C489, C490, C491, C492, C493, C494, C495, C496, C497, C498, C499, C500, C501, C502, C503, C504, C505, C506, C507, C508, C509, C510, C511, C512, C513, C514, C515, C516, C517, C518, C519, C520, C521, C522, C523, C524, C525, C526, C527, C528, C529, C530, C531, C532, C533, C534, C535, C536, C537, C538, C539, C540, C541, C542, C543, C544, C545, C546, C547, C548, C549, C550, C551, C552, C553, C554, C555, C556, C557, C558, C559, C560, C561, C562, C563, C564, C565, C566, C567, C568, C569, C570, C571, C572, C573, C574, C575, C576, C577, C578, C579, C580, C581, C582, C583, C584, C585, C586, C587, C588, C589, C590, C591, C592, C593, C594, C595, C596, C597, C598, C599, C600, C601, C602, C603, C604, C605, C606, C607, C608, C609, C610, C611, C612, C613, C614, C615, C616, C617, C618, C619, C620, C621, C622, C623, C624, C625, C626, C627, C628, C629, C630, C631, C632, C633, C634, C635, C636, C637, C638, C639, C640, C641, C642, C643, C644, C645, C646, C647, C648, C649, C650, C651, C652, C653, C654, C655, C656, C657, C658, C659, C660, C661, C662, C663, C664, C665, C666, C667, C668, C669, C670, C671, C672, C673, C674, C675, C676, C677, C678, C679, C680, C681, C682, C683, C684, C685, C686, C687, C688, C689, C690, C691, C692, C693, C694, C695, C696, C697, C698, C699, C700, C701, C702, C703, C704, C705, C706, C707, C708, C709, C710, C711, C712, C713, C714, C715, C716, C717, C718, C719, C720, C721, C722, C723, C724, C725, C726, C727, C728, C729, C730, C731, C732, C733, C734, C735, C736, C737, C738, C739, C740, C741, C742, C743, C744, C745, C746, C747, C748, C749, C750, C751, C752, C753, C754, C755, C756, C757, C758, C759, C760, C761, C762, C763, C764, C765, C766, C767, C768, C769, C770, C771, C772, C773, C774, C775, C776, C777, C778, C779, C780, C781, C782, C783, C784, C785, C786, C787, C788, C789, C790, C791, C792, C793, C794, C795, C796, C797, C798, C799, C800, C801, C802, C803, C804, C805, C806, C807, C808, C809, C810, C811, C812, C813, C814, C815, C816, C817, C818, C819, C820, C821, C822, C823, C824, C825, C826, C827, C828, C829, C830, C831, C832, C833, C834, C835, C836, C837, C838, C839, C840, C841, C842, C843, C844, C845, C846, C847, C848, C849, C850, C851, C852, C853, C854, C855, C856, C857, C858, C859, C860, C861, C862, C863, C864, C865, C866, C867, C868, C869, C870, C871, C872, C873, C874, C875, C876, C877, C878, C879, C880, C881, C882, C883, C884, C885, C886, C887, C888, C889, C890, C891, C892, C893, C894, C895, C896, C897, C898, C899, C900, C901, C902, C903, C904, C905, C906, C907, C908, C909, C910, C911, C912, C913, C914, C915, C916, C917, C918, C919, C920, C921, C922, C923, C924, C925, C926, C927, C928, C929, C930, C931, C932, C933, C934, C935, C936, C937, C938, C939, C940, C941, C942, C943, C944, C945, C946, C947, C948, C949, C950, C951, C952, C953, C954, C955, C956, C957, C958, C959, C960, C961, C962, C963, C964, C965, C966, C967, C968, C969, C970, C971, C972, C973, C974, C975, C976, C977, C978, C979, C980, C981, C982, C983, C984, C985, C986, C987, C988, C989, C990, C991, C992, C993, C994, C995, C996, C997, C998, C999, C1000, C1001, C1002, C1003, C1004, C1005, C1006, C1007, C1008, C1009, C1010, C1011, C1012, C1013, C1014, C1015, C1016, C1017, C1018, C1019, C1020, C1021, C1022, C1023, C1024, C1025, C1026, C1027, C1028, C1029, C1030, C1031, C1032, C1033, C1034, C1035, C1036, C1037, C1038, C1039, C1040, C1041, C1042, C1043, C1044, C1045, C1046, C1047, C1048, C1049, C1050, C1051, C1052, C1053, C1054, C1055, C1056, C1057, C1058, C1059, C1060, C1061, C1062, C1063, C1064, C1065, C1066, C1067, C1068, C1069, C1070, C1071, C1072, C1073, C1074, C1075, C1076, C1077, C1078, C1079, C1080, C1081, C1082, C1083, C1084, C1085, C1086, C1087, C1088, C1089, C1090, C1091, C1092, C1093, C1094, C1095, C1096, C1097, C1098, C1099, C1100, C1101, C1102, C1103, C1104, C1105, C1106, C1107, C1108, C1109, C1110, C1111, C1112, C1113, C1114, C1115, C1116, C1117, C1118, C1119, C1120, C1121, C1122, C1123, C1124, C1125, C1126, C1127, C1128, C1129, C1130, C1131, C1132, C1133, C1134, C1135, C1136, C1137, C1138, C1139, C1140, C1141, C1142, C1143, C1144, C1145, C1146, C1147, C1148, C1149, C1150, C1151, C1152, C1153, C1154, C1155, C1156, C1157, C1158, C1159, C1160, C1161, C1162, C1163, C1164, C1165, C1166, C1167, C1168, C1169, C1170, C1171, C1172, C1173, C1174, C1175, C1176, C1177, C1178, C1179, C1180, C1181, C1182, C1183, C1184, C1185, C1186, C1187, C1188, C1189, C1190, C1191, C1192, C1193, C1194, C1195, C1196, C1197, C1198, C1199, C1200, C1201, C1202, C1203, C1204, C1205, C1206, C1207, C1208, C1209, C1210, C1211, C1212, C1213, C1214, C1215, C1216, C1217, C1218, C1219, C1220, C1221, C1222, C1223, C1224, C1225, C1226, C1227, C1228, C1229, C1230, C1231, C1232, C1233, C1234, C1235, C1236, C1237, C1238, C1239, C1240, C1241, C1242, C1243, C1244, C1245, C1246, C1247, C1248, C1249, C1250, C1251, C1252, C1253, C1254, C1255, C1256, C1257, C1258, C1259, C1260, C1261, C1262, C1263, C1264, C1265, C1266, C1267, C1268, C1269, C1270, C1271, C1272, C1273, C1274, C1275, C1276, C1277, C1278, C1279, C1280, C1281, C1282, C1283, C1284, C1285, C1286, C1287, C1288, C1289, C1290, C1291, C1292, C1293, C1294, C1295, C1296, C1297, C1298, C1299, C1300, C1301, C1302, C1303, C1304, C1305, C1306, C1307, C1308, C1309, C1310, C1311, C1312, C1313, C1314, C1315, C1316, C1317, C1318, C1319, C1320, C1321, C1322, C1323, C1324, C1325, C1326, C1327, C1328, C1329, C1330, C1331, C1332, C1333, C1334, C1335, C1336, C1337, C1338, C1339, C1340, C1341, C1342, C1343, C1344, C1345, C1346, C1347, C1348, C1349, C1350, C1351, C1352, C1353, C1354, C1355, C1356, C1357, C1358, C1359, C1360, C1361, C1362, C1363, C1364, C1365, C1366, C1367, C1368, C1369, C1370, C1371, C1372, C1373, C1374, C1375, C1376, C1377, C1378, C1379, C1380, C1381, C1382, C1383, C1384, C1385, C1386, C1387, C1388, C1389, C1390, C1391, C1392, C1393, C1394, C1395, C1396, C1397, C1398, C1399, C1400, C1401, C1402, C1403, C1404, C1405, C1406, C1407, C1408, C1409, C1410, C1411, C1412, C1413, C1414, C1415, C1416, C1417, C1418, C1419, C1420, C1421, C1422, C1423, C1424, C1425, C1426, C1427, C1428, C1429, C1430, C1431, C1432, C1433, C1434, C1435, C1436, C1437, C1438, C1439, C1440, C1441, C1442, C1443, C1444, C1445, C1446, C1447, C1448, C1449, C1450, C1451, C1452, C1453, C1454, C1455, C1456, C1457, C1458, C1459, C1460, C1461, C1462, C1463, C1464, C1465, C1466, C1467, C1468, C1469, C1470, C1471, C1472, C1473, C1474, C1475, C1476, C1477, C1478, C1479, C1480, C1481, C1482, C1483, C1484, C1485, C1486, C1487, C1488, C1489, C1490, C1491, C1492, C1493, C1494, C1495, C1496, C1497, C1498, C1499, C1500, C1501, C1502, C1503, C1504, C1505, C1506, C1507, C1508, C1509, C1510, C1511, C1512, C1513, C1514, C1515, C1516, C1517, C1518, C1519, C1520, C1521, C1522, C1523, C1524, C1525, C1526, C1527, C1528, C1529, C1530, C1531, C1532, C1533, C1534, C1535, C1536, C1537, C1538, C1539, C1540, C1541, C1542, C1543, C1544, C1545, C1546, C1547, C1548, C1549, C1550, C1551, C1552, C1553, C1554, C1555, C1556, C1557, C1558, C1559, C1560, C1561, C1562, C1563, C1564, C1565, C1566, C1567, C1568, C1569, C1570, C1571, C1572, C1573, C1574, C1575, C1576, C1577, C1578, C1579, C1580, C1581, C1582, C1583, C1584, C1585, C1586, C1587, C1588, C1589, C1590, C1591, C1592, C1593, C1594, C1595, C1596, C1597, C1598, C1599, C1600, C1601, C1602, C1603, C1604, C1605, C1606, C1607, C1608, C1609, C1610, C1611, C1612, C1613, C1614, C1615, C1616, C1617, C1618, C1619, C1620, C1621, C1622, C1623, C1624, C1625, C1626, C1627, C1628, C1629, C1630, C1631, C1632, C1633, C1634, C1635, C1636, C1637, C1638, C1639, C1640, C1641, C1642, C1643, C1644, C1645, C1646, C1647, C1648, C1649, C1650, C1651, C1652, C1653, C1654, C1655, C1656, C1657, C1658, C1659, C1660, C1661, C1662, C1663, C1664, C1665, C1666, C1667, C1668, C1669, C1670, C1671, C1672, C1673, C1674, C1675, C1676, C1677, C1678, C1679, C1680, C1681, C1682, C1683, C1684, C1685, C1686, C1687, C1688, C1689, C1690, C1691, C1692, C1693, C1694, C1695, C1696, C1697, C1698, C1699, C1700, C1701, C1702, C1703, C1704, C1705, C1706, C1707, C1708, C1709, C1710, C1711, C1712, C1713, C1714, C1715, C1716, C1717, C1718, C1719, C1720, C1721, C1722, C1723, C1724, C1725, C1726, C1727, C1728, C1729, C1730, C1731, C1732, C1733, C1734, C1735, C1736, C1737, C1738, C1739, C1740, C1741, C1742, C1743, C1744, C1745, C1746, C1747, C1748, C1749, C1750, C1751, C1752, C1753, C1754, C1755, C1756, C1757, C1758, C1759, C1760, C1761, C1762, C1763, C1764, C1765, C1766, C1767, C1768, C1769, C1770, C1771, C1772, C1773, C1774, C1775, C1776, C1777, C1778, C1779, C1780, C1781, C1782, C1783, C1784, C1785, C1786, C1787, C1788, C1789, C1790, C1791, C1792, C1793, C1794, C1795, C1796, C1797, C1798, C1799, C1800, C1801, C1802, C1803, C1804, C1805, C1806, C1807, C1808, C1809, C1810, C1811, C1812, C1813, C1814, C1815, C1816, C1817, C1818, C1819, C1820, C1821, C1822, C1823, C1824, C1825, C1826, C1827, C1828, C1829, C1830, C1831, C1832, C1833, C1834, C1835, C1836, C1837, C1838, C1839, C1840, C1841, C1842, C1843, C1844, C1845, C1846, C1847, C1848, C1849, C1850, C1851, C1852, C1853, C1854, C1855, C1856, C1857, C1858, C1859, C1860, C1861, C1862, C1863, C1864, C1865, C1866, C1867, C1868, C1869, C1870, C1871, C1872, C1873, C1874, C1875, C1876, C1877, C1878, C1879, C1880, C1881, C1882, C1883, C1884, C1885, C1886, C1887, C1888, C1889, C1890, C1891, C1892, C1893, C1894, C1895, C1896, C1897, C1898, C1899, C1900, C1901, C1902, C1903, C1904, C1905, C1906, C1907, C1908, C1909, C1910, C1911, C1912, C1913, C1914, C1915, C1916, C1917, C1918, C1919, C1920, C1921, C1922, C1923, C1924, C1925, C1926, C1927, C1928, C1929, C1930, C1931, C1932, C1933, C1934, C1935, C1936, C1937, C1938, C1939, C1940, C1941, C1942, C1943, C1944, C1945, C1946, C1947, C1948, C1949, C1950, C1951, C1952, C1953, C1954, C1955, C1956, C1957, C1958, C1959, C1960, C1961, C1962, C1963, C1964, C1965, C1966, C1967, C1968, C1969, C1970, C1971, C1972, C1973, C1974, C1975, C1976, C1977, C1978, C1979, C1980, C1981, C1982, C1983, C1984, C1985, C1986, C1987, C1988, C1989, C1990, C1991, C1992, C1993, C1994, C1995, C1996, C1997, C1998, C1999, C2000, C2001, C2002, C2003, C2004, C2005, C2006, C2007, C2008, C2009, C2010, C2011, C2012, C2013, C2014, C2015, C2016, C2017, C2018, C2019, C2020, C2021, C2022, C2023, C2024, C2025, C2026, C2027, C2028, C2029, C2030, C2031, C2032, C2033, C2034, C2035, C2036, C2037, C2038, C2039, C2040, C2041, C2042, C2043, C2044, C2045, C2046, C2047, C2048, C2049, C2050, C2051, C2052, C2053, C2054, C2055, C2056, C2057, C2058, C2059, C2060, C2061, C2062, C2063, C2064, C2065, C2066, C2067, C2068, C2069, C2070, C2071, C2072, C2073, C2074, C2075, C2076, C2077, C2078, C2079, C2080, C2081, C2082, C2083, C2084, C2085, C2086, C2087, C2088, C2089, C2090, C2091, C2092, C2093, C2094, C2095, C2096, C2097, C2098, C2099, C2100, C2101, C2102, C2103, C2104, C2105, C2106, C2107, C2108, C2109, C2110, C2111, C2112, C2113, C2114, C2115, C2116, C2117, C2118, C2119, C2120, C2121, C2122, C2123, C2124, C2125, C2126, C2127, C2128, C2129, C2130, C2131, C2132, C2133, C2134, C2135, C2136, C2137, C2138, C2139, C2140, C2141, C2142, C2143, C2144, C2145, C2146, C2147, C2148, C2149, C2150, C2151, C2152, C2153, C2154, C215					

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Ed: 23		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Julio Mendes Palacios		108-01		19/03/2020	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Atendimento de Radioterapia (D)			INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
			11:40	13:28	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Paulo Henrique		m. Adonias / R2 Anderson			
1ª AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
m. Gius					
2ª AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Adenilton Taurio			
TIPO DE ANESTESIA BPB					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	500
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°		17	PENTRANE 1/2 3/4	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA		1	CRITÉTER de 02	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
10	UNIDADES DE GAZE pat			PROSTGMINE	
	PARES DE LUVAS N° 8,5		1	THIONEMBUTA Atadeno 200ml	
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAITA Agreda 0.9% de 100	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL Atadeno 0.9% de 200	
	DRENOS N°		1	GLICOSE % DVP 5 de 100	
	SONDAS N°		15ml	ÁGUA OXIGENADA Cloro 5 de 100	
	AGULHAS 4x12		250ml	VERTHOLATE Alcool 70%	
10	COMPRESSAS pat 01 3und.		1	MERCÚRIO CROMO Equipamento 10	
1	LÂMINAS PARA BISTURI 22		1	Etanol 70	
			1	Alcool 18	
			1	Tampones 5 un	
SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		VALOR	
		Enka			
FUNICIONÁRIO / CÁLCULO		FUNICIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		SUB-TOTAL	
				TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					

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

Enfermeiro (a): Rebecca Marilda Costa
Enfermeira

Hora: 13:23 Data: 18/03/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECAGEM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
() Risco de Queda Prevenir queda	() Manter grades elevada na RPA	
() Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	() Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	
() Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	() Observar condição de Incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos	
() Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido - básico	() Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
() Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	() Monitorar temperatura e comunicar alterações	
() Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	() Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
() Mobilidade Física prejudicada	() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca)	
() Dor aguda Controle da dor e promover conforto	() Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
() Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	() Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações	
() Náuseas Controle / Ausência de náusea	() Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
() Ansiedade Controle de ansiedade	() Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
() Confusão Aguda / Crônica	() Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração)	
() Comunicação Verbal prejudicada	() Administrar medicação conforme prescrição médica	
	() Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar	
	() Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
	() Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas	
	() Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
	() Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Admitido em S.O. p/ procedimento eletivo de esternotomia fratura antebraço @ + cateteres.
Para estesia B.P. + oxilón. Após cirurgia, segue à R.P.

Responsável:

Rebecca Marilda Costa
Enfermeira

CRA-PR 251/114 BCF



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

Nome: Adriano Valentini

Data de Nasc.: 16/02/1996 Idade: 24 ANOS Setor/leito: 108-7

Date: 19/03/2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

[illegible]



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Adilson Menezes Palares
Responsável Cirurgião: Dr. João Alves Barbosa Filho

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

- ☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: João Alves Barbosa Filho

Data: 19/03/2020 Hora: 12:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: M. Adonias / Dr. Barbosa

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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.

- ☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
☐ 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
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☒ CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura: Regina Marcia Costa
(Carimbo)

Assinatura e Carimbo

1085

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	18/03/2020	DN	16/02/1996	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO E FEMUR				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	108-1	DATA	19/03/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM				SND
2	AVP				MANTER
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				6
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	CURATIVO				CURATIVO
13	SSVV + CCGG 6/6H				ROTINA
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18 22
15	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:

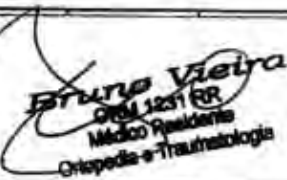
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, CIRURGIA CANCELADA POR CONTA DE HIPERTENSÃO. SOLICITADO EXAMES E AVALIAÇÃO DA CARDIO PARA ACOMPANHAMENTO. PACIENTE SERÁ SUBMETIDO A CIRURGIA HOJE À TARDE.

SINAIS VITAIS				DON MARTINS MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2038-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	Ret. encefalograma - de m. C.C.			
18 H	114/62	95	35.8	
24 H				

20h feitas medicações CPM
Tee. Biqta.

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

ALTA

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/03/2020	DN	16/02/1996																									
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO																														
DIAGNÓSTICO FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO E FEMUR (EVELUIU PRA CELULITE)																														
ALERGIAS		HAS	DM2																											
IDADE		LEITO	108-1	DATA	21/03/2020																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA oral livre				SND																									
2	AVP				MANTER																									
D1	Ceftriaxona 1g EV de 12/12h				20 of																									
D1	OXACILINA 500MG EV de 6/6h				24 of 12																									
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN																									
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				8																									
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SN																									
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR I				SN																									
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN																									
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																									
12	CURATIVO				CURATIVO																									
13	SSVV + CCGG 6/6H				ROTINA																									
14	Tilatil 20mg EV de 12/12h				10 22																									
15	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, SINAIS INFLAMATÓRIOS EM MÃO DIREITA (CELULITE?)																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>  Bruno Vieira CRM 1231 RR Médico Residente Ortopedia e Traumatologia						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H					18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H																														
18 H																														
24 H																														





HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL

GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 18/03/20
PACIENTE: Jairo Mendes Pires
DIAGNÓSTICO(S): + insuficiência cardíaca + hipertensão + diabetes + doença renal crônica + anemia + febre

DIH: / /
KANBAM: Dieta: / /
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr: / /
Leuc: Seg: Plaquetas: / /
Na: K: Ca: Cl: / /
HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂: / /
EAS: / /
CULTURAS (/ /): / /

IMAGEM: / /
EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr: / /
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca: / /
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂: / /
EAS: / /
IMAGEM: / /

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

TERAPIA INSTITUÍDA: / /

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Transferência ao HGR H
para tratamento
diagnóstico

Bom Vista, 18 de 03 de 2020, Hora: / /

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR
Assinatura/carimbo do Médico

Dr. Lidai Alencar
Clínico Geral
CRM-RN 1517



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu JULIO WENEZES TALMUB 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, 21 de MAIO de 2020.

Assinatura do paciente: X

Responsável:

1) Assinatura: Cláudio Lima da Silva

Nome Cláudio Lima da Silva

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: MADRASTA

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: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

108.5
acamado
MC



108 -

Mc

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 21/03/2020

PACIENTE: JOÃO MENEZES PALACIO

DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: FX UNDO ABERTO + FX CLAVICULA + FX ANTE BRACO + FX RÔTULO
CEWLINTE EM ANTE BRACO

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 NO SISTEMA

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO NO SISTEMA

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:

NO MOMENTO EM USO CEFTRIAXONA E OXACILINA

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

PACIENTE RETORNA DO HC APÓS PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO. EVOLUI COM CEWLINTE EM BRACO APÓS
PROCEDIMENTO.
NO MOMENTO CLINICO.

Boa Vista, 21 de março de 20 20. Hora: _____

Dr. Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 21736

CRM 2038 IN

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM 1

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

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

Eu Julio WENEZES IALALU 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 Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de 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 Retaguarda;

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, 21 de maio de 2020.

Assinatura do paciente: X

Responsável:

1) Assinatura: Chelândia Lima da Silva

Nome Chelândia Lima da Silva

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: Mãe

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: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



108 -
Mc

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 21/03/2020

PACIENTE: JOÃO MENEZES PALACIO

DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: FX UMBILICATO + FX CLAVICULA + FX ANTE BRACO + FX RENO
CEWLITE EM ANTE BRACO

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 NO SISTEMA

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO NO SISTEMA

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:

NO MOMENTO EM USO CEFTRIAXONA E OXACILINA

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

PACIENTE RETORNA DO HC APÓS PROCEDIMENTO
CIRÚRGICO. EVOLUI COM CEWLITE EM BRACO ANTES
PROCEDIMENTO.
NO MOMENTO CLINICO.

Boa Vista, 21 de março de 20 20. Hora: _____

João Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 20388

CRM 20388 RR

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM _____ / _____

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

() HC () HLI () HMI () OUTRO _____



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

NOME: João Menezes Paixão

DATA DE NASCIMENTO: 26/02/1994

DATA DE ADMISSÃO: 01/03/2020

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Anemia Fratura
de OTOVELO Clavícula ANTEBRACO, PELVE (em livre aberto)

ADMISSÃO MÉDICA

Paciente masculino, 24 anos, sem comorbidades relatadas, encaminhado ao HCU pelo SIC por trauma pélvico em livre aberto, conforme consta a ficha de encaminhamento, a qual veio anexada ao prontuário.

Temperatura medicamentosa.

No momento da visita médica, o paciente encontra-se estável clinicamente, hemodinamicamente, sem sinais vitais alterados, relatando funções fisiológicas preservadas, ingestão de dieta, sono regular.

AO EXAME, BEG, UTE, AAA, hipocrato 3+/4+, desidratado leve, eufórico, sem sinais patológicos.

AR: MV - bilateralmente, SRA SatO₂ 98% em ar ambiente.

AC: JRC em CT, SMC, sem sopros.

ABD: plano, flácido, RHA+, indolor a palpação, sem VMG, sem sinais de peritonite.

LABORATÓRIO: Mantida prescrição ortopédica - associa NORFLOXACINA 400mg 2x/dia.

Síntese glicêmica de jejum - HBAc sendo em vista para o paciente apresentar 11 mg/dL de glicose plasmática em jejum no exame do dia 26/02/2020.

ASSINATURA E CARIMBO Médico(a)

Bela Vista - RR, 01 de Março de 2020.

13 14 20
Ass: 21



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108-1

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL GERAL DE HORAIANA - HGR

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARCELO ALBERTO

Idade: 17 anos

Sexo: Masculino

Profissão: PASTOR

3. HISTÓRICO CLÍNICO

4. EXAME FÍSICO

5. EXAMES DE LABORATÓRIO

6. EXAMES DE IMAGEM

7. EXAMES DE OUTROS PROCEDIMENTOS

8. DIAGNÓSTICO

9. JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10. PROCEDIMENTO SOLICITADO

11. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

12. AUTORIZAÇÃO



13 04 20
Sf

ANEXO 1

SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CNES	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE				6 - Nº SOLICITAÇÃO	
Identificação do Paciente				8 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				10 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				12 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				14 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				16 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				18 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				20 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				22 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				24 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				26 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				28 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				30 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				32 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				34 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				36 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				38 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				40 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				42 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				44 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				46 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				48 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				50 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				52 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				54 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				56 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				58 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				60 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				62 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				64 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				66 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				68 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				70 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				72 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				74 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				76 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				78 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				80 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				82 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				84 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				86 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				88 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				90 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				92 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				94 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				96 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				98 - Nº SOLICITAÇÃO	
NOME DO PACIENTE				100 - Nº SOLICITAÇÃO	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Solicitação de internação para o paciente *João Alves Barbosa Filho* com diagnóstico de *Doença de Alzheimer* e *Doença de Parkinson* para tratamento e acompanhamento.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação em Hospital

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

AUTORIZAÇÃO

13 04 20



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

O presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de garantir a liberdade de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, curativos, etc.) a qual(is) será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico, pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima.

Declaro que:

1. Foi informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de atendimento em cuidados médicos-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;

3. Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária, poderá ser transferido para Hospital de Retaguara;

4. Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

5. Confirmo 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 aspecto, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse;

Ass. Vista de _____ de _____ de 20__

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

Assinatura

Nome

CPR

Grat. de Parentesco

Em espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Conjuntamente que explique detalhadamente para o paciente e/ou responsável os benefícios, riscos, alternativas para o tratamento(s) proposto(s) e as consequências de não

Assinatura do paciente/responsável entendendo o que explicou

Ass. Vista de _____ de 20__ Hora: _____

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico

CRM

Assinatura do Médico de Retaguara

13 04 30
9



108.3
MC

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 24-05-2020

PACIENTE: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO DO
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA + FRATURA DE RÔTULA + FRATURA DE ULNA + FRATURA DE RÔTULA
E LUGAR DE ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE: NOTURNO

2- PACIENTE ☒ ALIMENTADO COM ALIMENTAÇÃO SUPLEMENTAR

3- DIETA ☒ VIA ORAL ☐ SNE ☐ OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☒ SIM ☐ NÃO
E AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM ☐ NÃO
E AGUARDANDO

6- POSSUI PARÊTER DE ESPECIALISTA? ☐ SIM ☒ NÃO
E AGUARDANDO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA AGUARDADA? ☐ SIM ☒ NÃO
E AGUARDANDO

8- HUBRADO DOS DEFEITOS SINAIS VITAIS
FC 100 TEMPERATURA 36,5 SATO2 98

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HCR
FRATURA DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA + FRATURA DE RÔTULA + FRATURA DE ULNA + FRATURA DE RÔTULA

DE EVOLUÇÃO ACUTINHA
PACIENTE JOÃO ALVES BARBOSA FILHO DO
DIAGNÓSTICO FRATURA DE FÊMUR + FRATURA DE TÍBIA + FRATURA DE RÔTULA + FRATURA DE ULNA + FRATURA DE RÔTULA
E LUGAR DE ALIMENTAÇÃO DO PACIENTE: NOTURNO

DATA: 24-05-2020

Assinatura: João Alves Barbosa Filho
CRM 20394

Assinatura: João Alves Barbosa Filho
Assinatura de transferir para Hospital de Retaguarda

Assinatura: João Alves Barbosa Filho
Assinatura de transferir para Hospital de Retaguarda

13 04 20
S.



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

Full name: James H. H. H. H.

1450

El estudio que presenta, *Forma de consentimiento*, *Esquema de consentimiento* y *Forma de consentimiento* al paciente sobre el problema de responsabilidad principal respecto a la responsabilidad con el consentimiento. El *Forma de consentimiento* al paciente sobre el problema de responsabilidad principal respecto a la responsabilidad con el consentimiento. El *Forma de consentimiento* al paciente sobre el problema de responsabilidad principal respecto a la responsabilidad con el consentimiento.

1. Um indivíduo, que a internet no Hospital de Ketagundi justifica-se pela necessidade de um diagnóstico adequado médico, a assistência de saúde simples (idade e de curta permanência). 2. Um indivíduo que possa exercer o direito à liberdade de expressão, para o Hospital, e não de outro caso, a internet, a internet, a internet.

- [illegible]

El Dicho es un agente que padece de enfermedad a asistencias de un hospital en un momento de su vida, transfiriendo para hospital de Batangalia.

Autora: qualquer procedimento científico exige que o método de coleta de dados seja definido e o autor que registre explicitamente e compreenda a natureza da coleta de dados que ele está realizando e as técnicas concedidas e quantidade de análise questionar, obter respostas, interpretar os resultados e não se limitar aos dados.

HAI Vista 24 de IVS 126% 2220 Le

[View all articles from this journal](#)

Responsive:

$$|(\Delta_{\text{cont}})_{\text{cont}}| \propto \sum_{\mathbf{p}} \sum_{\mathbf{q}} \sum_{\mathbf{r}} |\mathbf{p} + \mathbf{q} + \mathbf{r}|^2 \quad (10)$$

Scum Water Time Date

Lemma 4.1. $\mathcal{H}^1(\mathbb{R}^n) \subset \mathcal{H}^1(\mathbb{R}^n; \mathbb{R}^n)$.

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Continúa, que explique detalladamente para el paciente π o responsable en términos de desigualdad o costos, beneficios, o alternativas para el tratamiento el procedimiento de selección de un nivel de riesgo que el paciente responsable entendería y explicara.

De la Vista de de 20 de 1893

[†] $\gamma = 0.05$, $\beta = 0.01$, $\delta = 0.02$.

Author's Note

 $\times 10^{-4}$

Assinatura carimbo do Médico Regulador

13 04 20

5





RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 13/04/2020

PACIENTE: JOAO ALVES BARBOSA FILHO

DIAGNÓSTICOS:

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR:

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO ☐ DEAMBULA ☐ 02 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☐ VIA ORAL ☐ SNE ☐ OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ AGUARDANDO

6- POSSUI PARCEIRO 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 INSITUIDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Boa Vista, de de 20 Hora:

Assinatura e carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura e carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para
UTI ☐ UEL ☐ UNH ☐ OUTRO

13 04 20
5)





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

Eu, _____ CPF nº _____
Sou informado 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,
diagnósticos) a(s) qual(is) será(ão) submetido, complementando as informações prestadas pelo seu
médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-
UGH.

Declaro que:

1. Já fui informado que a internação no Hospital de Retaguara justifica-se pela necessidade de
serem realizadas cuidados médicos 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:

- a- Cirurgias pre-agendadas;
- b- Caso haja alterações clínicas que demandem uma abordagem de maior
complexidade;
- c- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- d- Quando decidido pela equipe assistencial;

3. Declaro estar ciente que para dar continuidade à assistência médica hospitalar necessária
poderá ser transferido para Hospital de Retaguara;

4. Autorizo qualquer procedimento médico: exame, tratamento clínico e especializado;
5. O enfermo que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi
explicado e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer
e qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordei-se.

Assinatura: _____ de _____ de 20__

Assinatura do paciente: _____

Responsável:

CPF nº _____

Nome: _____

CPF nº _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Conforme solicitado, explico detalhadamente para o paciente e/ou responsável ou familiar, o
procedimento, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) procedimento(s) a
descrever. Arregio que o paciente/responsável entendeu o que explico.

Assinatura: _____ de _____ de 20__ Hora: _____

Nome Completo: _____

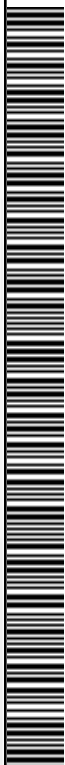
Assinatura do Médico

(CRM)

Assinatura/Assinatura do Médico Regulador

13/04/20
9.

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: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB



Downloaded from <http://ajph.org/> on November 10, 2014



AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

Estabelecimento:		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Ginecologia		Cesárea	
Nome do Paciente:		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data
Rosa Maria		24		00363533	25/12/94
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala:	
			6	M. J. / 25/12/94	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (✓)

Dados Adicionais:

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1.000	1.000	1.000	1.000
2.000	2.000	2.000	2.000
3.000	3.000	3.000	3.000
4.000	4.000	4.000	4.000
5.000	5.000	5.000	5.000
6.000	6.000	6.000	6.000
7.000	7.000	7.000	7.000
8.000	8.000	8.000	8.000
9.000	9.000	9.000	9.000
10.000	10.000	10.000	10.000
11.000	11.000	11.000	11.000
12.000	12.000	12.000	12.000
13.000	13.000	13.000	13.000
14.000	14.000	14.000	14.000
15.000	15.000	15.000	15.000
16.000	16.000	16.000	16.000
17.000	17.000	17.000	17.000
18.000	18.000	18.000	18.000
19.000	19.000	19.000	19.000
20.000	20.000	20.000	20.000
21.000	21.000	21.000	21.000
22.000	22.000	22.000	22.000
23.000	23.000	23.000	23.000
24.000	24.000	24.000	24.000
25.000	25.000	25.000	25.000
26.000	26.000	26.000	26.000
27.000	27.000	27.000	27.000
28.000	28.000	28.000	28.000
29.000	29.000	29.000	29.000
30.000	30.000	30.000	30.000
31.000	31.000	31.000	31.000
32.000	32.000	32.000	32.000
33.000	33.000	33.000	33.000
34.000	34.000	34.000	34.000
35.000	35.000	35.000	35.000
36.000	36.000	36.000	36.000
37.000	37.000	37.000	37.000
38.000	38.000	38.000	38.000
39.000	39.000	39.000	39.000
40.000	40.000	40.000	40.000
41.000	41.000	41.000	41.000
42.000	42.000	42.000	42.000
43.000	43.000	43.000	43.000
44.000	44.000	44.000	44.000
45.000	45.000	45.000	45.000
46.000	46.000	46.000	46.000
47.000	47.000	47.000	47.000
48.000	48.000	48.000	48.000
49.000	49.000	49.000	49.000
50.000	50.000	50.000	50.000
51.000	51.000	51.000	51.000
52.000	52.000	52.000	52.000
53.000	53.000	53.000	53.000
54.000	54.000	54.000	54.000
55.000	55.000	55.000	55.000
56.000	56.000	56.000	56.000
57.000	57.000	57.000	57.000
58.000	58.000	58.000	58.000
59.000	59.000	59.000	59.000
60.000	60.000	60.000	60.000
61.000	61.000	61.000	61.000
62.000	62.000	62.000	62.000
63.000	63.000	63.000	63.000
64.000	64.000	64.000	64.000
65.000	65.000	65.000	65.000
66.000	66.000	66.000	66.000
67.000	67.000	67.000	67.000
68.000	68.000	68.000	68.000
69.000	69.000	69.000	69.000
70.000	70.000	70.000	70.000
71.000	71.000	71.000	71.000
72.000	72.000	72.000	72.000
73.000	73.000	73.000	73.000
74.000	74.000	74.000	74.000

QUAN

BRITISH NEW NO. 1 CORN FIDA
 1st 5000 10000
 1st 5000 10000
 1st 5000 10000
 1st 5000 10000
 1st 5000 10000

[illegible]

ALDO CRUGUJO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	TOTAL
01 - 100kg de Cimento Portland			
02 - 100kg de Areia			
03 - 100kg de Brita			
04 - 100kg de Pedra			
05 - 100kg de Tijolo			
06 - 100kg de Argamassa			
07 - 100kg de Gesso			
08 - 100kg de Tinta			
09 - 100kg de Verniz			
10 - 100kg de Lixa			
11 - 100kg de Fita Adesiva			
12 - 100kg de Cola			
13 - 100kg de Saco			
14 - 100kg de Pneu			
15 - 100kg de Motor			
16 - 100kg de Caixa d'água			
17 - 100kg de Tanque			
18 - 100kg de Bateria			
19 - 100kg de Rádio			
20 - 100kg de Telefone			
21 - 100kg de Geladeira			
22 - 100kg de Fogão			
23 - 100kg de Armário			
24 - 100kg de Cama			
25 - 100kg de Sofá			
26 - 100kg de Poltrona			
27 - 100kg de Banco			
28 - 100kg de Mesa			
29 - 100kg de Cadeira			
30 - 100kg de Espelho			
31 - 100kg de Quadro			
32 - 100kg de Vaso			
33 - 100kg de Janela			
34 - 100kg de Porta			
35 - 100kg de Telhado			
36 - 100kg de Piso			
37 - 100kg de Teto			
38 - 100kg de Parede			
39 - 100kg de Coluna			
40 - 100kg de Vigamento			
41 - 100kg de Fundação			
42 - 100kg de Alvenaria			
43 - 100kg de Estrutura			
44 - 100kg de Instalação			
45 - 100kg de Manutenção			
46 - 100kg de Reforma			
47 - 100kg de Construção			
48 - 100kg de Demolição			
49 - 100kg de Transporte			
50 - 100kg de Armazenagem			
51 - 100kg de Segurança			
52 - 100kg de Limpeza			
53 - 100kg de Pintura			
54 - 100kg de Encanamento			
55 - 100kg de Eletricidade			
56 - 100kg de Hidráulica			
57 - 100kg de Mecânica			
58 - 100kg de Carpintaria			
59 - 100kg de Serralheria			
60 - 100kg de Costureira			
61 - 100kg de Padaria			
62 - 100kg de Confeitaria			
63 - 100kg de Lanchonete			
64 - 100kg de Bar			
65 - 100kg de Restaurante			
66 - 100kg de Hotel			
67 - 100kg de Escola			
68 - 100kg de Hospital			
69 - 100kg de Igreja			
70 - 100kg de Prefeitura			
71 - 100kg de Câmara			
72 - 100kg de Tribunal			
73 - 100kg de Polícia			
74 - 100kg de Bombeiros			
75 - 100kg de Defesa Civil			
76 - 100kg de Saúde			
77 - 100kg de Educação			
78 - 100kg de Cultura			
79 - 100kg de Esporte			
80 - 100kg de Lazer			
81 - 100kg de Turismo			
82 - 100kg de Meio Ambiente			
83 - 100kg de Agricultura			
84 - 100kg de Pecuária			
85 - 100kg de Pesca			
86 - 100kg de Silvicultura			
87 - 100kg de Apicultura			
88 - 100kg de Aquicultura			
89 - 100kg de Avicultura			
90 - 100kg de Suinocultura			
91 - 100kg de Caprinocultura			
92 - 100kg de Ovinocultura			
93 - 100kg de Canicultura			
94 - 100kg de Azeite			
95 - 100kg de Mel			
96 - 100kg de Leite			
97 - 100kg de Queijo			
98 - 100kg de Carne			
99 - 100kg de Peixe			
100 - 100kg de Frango			

QUANT

$$V(\tau) = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{\tau} \right)^2 \left(\frac{1}{\tau} \right)^2 = \frac{1}{2} \left(\frac{1}{\tau} \right)^4$$

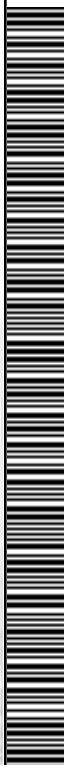
19 AUXILIAR:

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 369–375

LA PATOLOGIA DEL DO PATIENTE

Endereço: Rua do Rosário, 308, Aeroporto
 13.160-000, Vila Velha - Vitória - Brasil
 Telefone: (51) 3221-0611

13 04 20
9





BOLETIM OPERATÓRIO

João Vinícius Pereira

SERVIÇO DE PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO CIRÚRGICA

Tipo de Intervenção

Indicação de Acidentes

RAZÃO DO OPERATÓRIO

INDICAR

ANESTESIA

ANESTÉSICO

ANESTESIA

ANESTÉSICO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

PIA

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

João Vinícius Pereira

... de ... FE ...

13 04 20
9.

Dr. João Vinícius Pereira
CRM 20000

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
Identificação do Paciente			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
AUTORIZAÇÃO			

13 04 20
9

Anexo I

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
Identificação do Paciente			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
AUTORIZAÇÃO			

13 04 20



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 26/02/1996

DATA DE ATENDIMENTO: 21/08/2020

LOCAL DE ATENDIMENTO: NAO INFORMADO

SEXO: M

RAÇA: PARDA

NOME: SILVANIA MARIA DE MENEZES

ENDEREÇO: AVENIDA - BRIGADEIRO EDUARDO GOMES - 54 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR

SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE

TIPO DE ATENDIMENTO: URGÊNCIA

ORIGEM DO PACIENTE: SEM CARRESPONTANEA

ARGUMENTOS DA ENFERMAGEM

INDICAÇÃO DA CONSULTA

DIAGNÓSTICO

13/04/20

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		NOME		NOME		NOME		NOME	
DIAGNÓSTICO		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
ALERGIAS		LEITO		DATA					
IDADE		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO					
ITEM									
1		DIE AORAL LIVRE							
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							
3		SF 0,9% 500ML EV S/N							
4		DIPIRONA 500MG EV 6/6H							
5		OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA							
6		TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
7		NABUMETINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4							
8		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H							
9		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N							
10		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H							
11		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H							
12		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
13		SSVV + CCGG 6/6 H							
14		CURATIVO DIÁRIO							
15		CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H							
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									

13 04 20
9



HC

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: _____
PACIENTE: _____
DIAGNOSTICOS: _____

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE () ACAMADO () DEAMBULANDO () SUPLENTE

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- HORARIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____
PA FC TEMPERATURA: _____ SAPO

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR: _____

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA: _____

Assinatura em nome do MÉDICO ASSISTENTE
Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura em nome do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para
() HC () HLT () HMI () OUTRO _____

13 04 20





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE RETAGUARDA

(PF nº _____)

O(a) _____, portador(a) deste 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 diagnóstico, prognóstico, Assistência Clínica, Medicamentos e Procedimentos (exames, procedimentos) que lhe serão submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima.

O(a) _____, portador(a) deste Termo de Consentimento, reconhece que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de atendimento de urgência, emergência e/ou de alta complexidade, sendo que a permanência no Hospital de Retaguarda pode ser necessária para o tratamento do(a) paciente, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pre-agendadas;
- Casos de alterações ginecológicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Outros, decididos pela equipe assistencial;

O(a) _____, portador(a) deste Termo de Consentimento, declara que não há continuidade a assistência médica hospitalar necessária para o(a) paciente, sendo transferido para o Hospital de Retaguarda.

O(a) _____, portador(a) deste Termo de Consentimento, declara que compreende, autoriza e concorda com tudo que lhe foi explicado, bem como que não se reserva a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer ponto levantado no presente termo, quando não concordasse.

Assinado em _____ de _____ de 20____.

Assinatura do paciente:

Responsável:

Assinatura:

Nome:

Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

O(a) _____, portador(a) deste Termo de Consentimento, declara que compreende, autoriza e concorda com tudo que lhe foi explicado, bem como que não se reserva a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer ponto levantado no presente termo, quando não concordasse.

O(a) _____, portador(a) deste Termo de Consentimento, declara que compreende, autoriza e concorda com tudo que lhe foi explicado, bem como que não se reserva a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer ponto levantado no presente termo, quando não concordasse.

Assinado em _____ de 20____ Hora: _____

Assinatura:

Assinatura do Médico

CRM: _____

Assinatura e carimbo do Médico Regulador

13 04 20
17



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA _____ DN _____
PACIENTE _____
DIAGNÓSTICO(S) _____
CIE _____
LABORATÓRIO _____ Dieta _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA) _____ Hb _____ Ht _____ Ur _____ Cr _____
Seg _____ Plaquetas _____
Na _____ K _____ Ca _____ Cl _____
HCO₃ _____ PH _____ BL _____ PO₂ _____ PCO₂ _____
AS _____
OUTRAS _____

IMAGEM _____
EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA) _____ Hb _____ Ht _____ Ur _____ Cr _____
Seg _____ Plaquetas _____ Na _____ K _____ Ca _____
HCO₃ _____ PH _____ BL _____ PO₂ _____ PCO₂ _____
AS _____
IMAGEM _____

ANTIBIÓTICO _____
USADO _____
JUSTIFICATIVA DE _____
ANTIBIÓTICO _____
EXAMES PROCEDIMENTOS AGENDADOS _____

TERAPIA INSTITUÍDA _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA _____

Deixei a cargo de _____ de _____ de 20 _____ Hora _____

Assinatura do Médico _____ CRM _____

Assinatura do Médico Assistente _____ CRM _____

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR _____

Assinatura do Médico _____ CRM _____

13 04 20





HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: _____
PACIENTE: _____
DIAGNÓSTICO: _____
HISTÓRIA: _____
EXAMES ADMISSÃO: DATA: _____ HP: _____ HT: _____ CA: _____
Lab: _____ Sx: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ Ca: _____ Cl: _____
K: _____ P: _____ B: _____
Ure: _____
AS: _____
OUTROS: _____

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA: DATA: _____ HP: _____ HT: _____ CA: _____
Lab: _____ Sx: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____
Ure: _____ P: _____ B: _____
AS: _____
OUTROS: _____

INTERDITO: _____
SADO: _____
JUSTIFICATIVA DE: _____
ANÁLISE: _____
EXAMES PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

APIA INSTITUÍDA: _____

EXATIDÃO CLÍNICA: _____

Assinado por: _____ de _____ 02/20 _____

Assinado por: _____ Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

13.04.20





Hospital das Clínicas DR. Wilson Franco Rodrigues - HC

Agência acionada As:

Recebi:

Entregue por:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Solicitação incompleta, inadequada ou ilegível, não será aceita pelo serviço de Hemoterapia (Portaria Consolidada Nº 05 de Setembro de 2017 Art. 168 - (Origem: prt.ms/gm Portaria MS nº158/2016)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo: ROSELIANE ALVES Sexo: F Idade: 24 Anos
Data de Nascimento: 16/06/96 Data de Cadastro: 20/10/2019
Nome do Médico: DR. WILSON FRANCO RODRIGUES
Nome do Enfermeiro: ELIZABETH
Nome do Técnico: ELIZABETH
Endereço: Av. das Américas, 1500 - Jd. América - São Paulo - SP
Telefone: (11) 5082-1234

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Diagnóstico: ANEMIA FERROPENICA Hemoglobina: 11,4 g/dl Plaquetas: 301 /mm³
Hematócrito: 33,2 % Peso: 60 kg

TRANSFUSÕES ANTERIORES

Última transfusão: 15/09/2019 Tipo de sangue: A+ Quantidade: 250 ml
Motivo: ANEMIA FERROPENICA Reação: Não
Sintomas: Não Reação Transfusional: Não
Reação Transfusional: Não

HEMOCOMPONENTES / HEMODERIVADOS SOLICITADOS

Tipo de solicitação	Descrição	Quantidade
Urgência, a ser realizada dentro de 4 horas	Concentrado de Hemácias (± 250 ml/unidade)	02
Romina, a ser realizada dentro de 24 horas	Plasma Frito Congelado (± 250 ml/unidade)	
Programada, para procedimento cirúrgico	Concentrado de Hemácias Filtradas (± 250 ml/unidade)	
Programada, para procedimento cirúrgico	Concentrado de Plaquetas (± 70 ml/unidade)	
Emergência / Extrema Urgência, quando o paciente da transfusão puder apresentar risco para a vida ou acidentado	Concentrado de Plaquetas por Aférese (± 200 ml/unidade)	
	Fator de Coagulação (FII)	

Preencher Termo de Responsabilidade, Conforme Portaria Consolidada nº 05/2017 anexo LXVI

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Eu, DR. WILSON FRANCO RODRIGUES, CRM 123456, atendo a solicitação de transfusão de emergência antes da conclusão dos testes de transfusão (determinação ABO/Rh do receptor, teste de compatibilidade cruzada e prova de compatibilidade). O quadro clínico justifica a emergência e o retardo na liberação da transfusão pode colocar em risco a vida do paciente. Assino a transfusão de emergência e me responsabilizo pelas consequências desta transfusão.

- 1. Assinatura e impressão média do profissional responsável pelo atendimento
- 2. Assinatura e impressão antes da utilização do Plasma Frito Congelado para o uso em emergência
- 3. Assinatura e registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e no sistema de informação
- 4. Assinatura e registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e no sistema de informação
- 5. Assinatura e registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e no sistema de informação
- 6. Assinatura e registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e no sistema de informação

ORIENTAÇÃO IMEDIATA

Indicar o profissional responsável pela transfusão de emergência e o retardo na liberação da transfusão.

Assinatura do Médico: DR. WILSON FRANCO RODRIGUES Data: 06/10/2020 Hora: 14:30
Assinatura do Enfermeiro: ELIZABETH Data: 06/10/2020 Hora: 14:30
Assinatura do Técnico: ELIZABETH Data: 06/10/2020 Hora: 14:30

Assinatura do Responsável pela conta: DR. WILSON FRANCO RODRIGUES
Assinatura do Responsável pela conta: DR. WILSON FRANCO RODRIGUES
Assinatura do Responsável pela conta: DR. WILSON FRANCO RODRIGUES

13 04 20

13 CH 20

2000-01-01

3rd - weeding
the living
coral
with a
100 watt
150' light
under the





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

AVISO DE ALTA

Serviço de Enfermagem

Nome do Paciente

Sexo

Alta Assinada por

Data de alta

Leito

Especialidade

As horas, com

Poderá sair

De ambulância?

Boa Vista - RR, ____ de ____ de ____

Assinatura do enfermeiro (a)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

AVISO DE ALTA

Serviço de Enfermagem

Nome do Paciente

Sexo

Alta Assinada por

Data de alta

Leito

Especialidade

As horas, com

Poderá sair

De ambulância?

Boa Vista - RR, ____ de ____ de ____

Assinatura do enfermeiro (a)

13 04 20
(S)





Paciente: Julio Menezes Palacio

Sexo: Masculino

Nasc: 19/07/1995

Idade: 24 AN

Solicitação: T0015921

Numero interno:

Solicitante: THAIS A. DALAGASSA LORM PEREIRA

Sector: BLOCOS

Leito: 320

Data de Emissão: 01/03/2020 13:02

Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: T001592101

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Materia: T001592101

Método: Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Unidade: mg/dL

Resultado

106,27 mg/dL

Referência

60-100 mg/dL

R.P.

Rafaela Rêgo da Silva
Farmacêutica Hospitalar
CRF/SP 446

Assinado digitalmente por Rafaela Rêgo da Silva - Farmacêutica Hospitalar - CRF/SP 446
Data de Assinatura: 01/03/2020 13:02

Assinado digitalmente por
Data de Assinatura:

13/04/20





Paciente: **Julio Menezes Palácio** Sexo: **Masculino** Nasc: **16/02/1996** Idade: **24 ANOS**
Destinação: **UTI - PÓS-OP** Número interno: Solicitante:
Origem: **---** Setor: **BLOCO 3D** Leito: **329**
Data do Exame: **06/10/2020 09:43** Recebimento:

Resultado de Exame

Atividade: **1023010501**

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: **PLASMA**

Metodologia: **Mix - Automatizado (Hemoly Plus)**

TEMPO DE PROTHROMBINA

Resultado
11.01 seg

Referência
10.8 - 14.0 seg

APTT

1.00

0.8 - 1.2

TEMPO DE FIBRINOGENASE PARCIAL ATIVADA

34.03 seg

25.0 - 39.0 seg

FAT

-

0.0 - 1.25

ATIVIDADE DE FIBRINOGENASE

94 %

70.0 - 100.0 %

Notas

O laboratório recebe todas as amostras destinadas aos exames de coagulograma e em caso de erro não pode garantir a entrega do resultado.

A validade dos resultados sob população estressantes ou não conforme podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

RJR

Regina Rêgina da Silva
Farmacêutica Responsável
CRP-PR 430

Dr. Antônio
R. da Silva

13 04 20
51





Paciente: **Julio Menezes Palacio** Sexo: **Masculino** Naso: **16/02/1958** Idade: **62 ANOS**
Solicitação: **T0017085** Número Interno: Solicitante:
Origem: **18** Setor: **HEMOLOGIA** Leito: **328**
Data de Exatidão: **04/03/2020 15:36** Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: **PLAQUETOS**

HEMOGRAMA COMPLETO

Materiais: **SANGUE TOTAL**

Metodologia: **M76 - Automatizada - SERDI**

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	$3,57 \times 10^9/\mu\text{L}$	$4,0 - 10,0 \times 10^9/\mu\text{L}$
NEÚTRÓFILOS	62,20 %	40,0 - 70,0 %
LINFÓCITOS	32,30 %	20,0 - 40,0 %
MONÓCITOS	2,20 %	3,0 - 12,0 %
ERITRÓCITOS	2,20 %	0,5 - 5,2 %
PLAQUETAS	1,10 %	0,0 - 1,0 %

ERITROGRAMA

HEMOGLOBINA	$4,21 \times 10^6/\mu\text{L}$	$4,00 - 5,50 \times 10^6/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	11,40 g/dL	13,5 - 18,0 g/dL
HEMATÓCRITO	35,20 %	40,0 - 46,0 %
MCV	83,70 $\mu\text{g/L}$	87,0 - 102,0 $\mu\text{g/L}$
MCH	27,10 pg	27,0 - 34,0 pg
MCHC	32,40 g/dL	32,0 - 37,0 g/dL
RDW CV	12,90 %	11,0 - 16,0 %
RDW SD	45,40 fL	35,0 - 46,0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	$301,00 \times 10^9/\mu\text{L}$	$150,0 - 400,0 \times 10^9/\mu\text{L}$
MPV	8,80 fL	8,5 - 12,0 fL
PDW	16,40	8,0 - 17,0
PCT	0,265 %	0,08 - 0,28 %

Dr. André de Castro de Almeida
Médico de Família - Esp.
CRM: 10.000

Este documento foi assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho - CPF: 00.000.000-00
Data: 06/10/2020 15:36:00

10/10/2020 15:36

Dr. André de Castro de Almeida
Médico de Família - Esp.

13 04 20
9





HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 01/04/20
PACIENTE: João Wilson Franco DN: 11
DIAGNÓSTICO(S): 1º Grau (C)

Idade: _____
NABAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA: _____) Hb: _____ Ht: _____ Le: _____ Cr: _____
Líq: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
TAS: _____
CULTURAS: _____

IMAGEM: _____
EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA: _____) Hb: _____ Ht: _____ Le: _____ Cr: _____
Líq: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____ Na: _____ K: _____ Ca: _____
Cl: _____ HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
TAS: _____
IMAGEM: _____

ANTIBIÓTICO USADO: _____
JUSTIFICATIVA DE ANTIBIÓTICO: _____
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Manter no 1º grau II
glicemia controlada
01/04/20

Boa Vista, 01 de 04 de 2020, Hora: _____

Assinatura eletrônica do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Dr. Lício Mendes
Clínico Geral
CRM 1517

13 04 20

9

13 04 20
57.

SAE SINTETIZADA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Nome do Paciente: ALAN CARLOS Sexo: M Idade: 30 Data de Nascimento: 10/05/1990

Endereço: Rua ... Cidade: Curitiba Estado: PR CEP: 81200-000

Profissão: Enfermeiro Data de Admissão: 10/05/2020

Diagnóstico Principal: Infecção do trato urinário

Diagnósticos Secundários: Não há

Exames Complementares: Não há

Tratamento: Antibiótico

Observações: ...



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DMZ	NEGA
LEITO	328		DATA	1/4/2020	
TEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				SN
9	SSVV + CEGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				10/22
11	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X/DIA ALTERNADOS				
12	CURATIVO DIARIO				ROTINA
13	ao HGR				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21 DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (IC) CONFORME ESQUEMA: 200, 250, 210, 251, 300, 401, 301, 350 401, 351, 400, 801, 2, 100, 10 UI E OU GLICOSE < 70 DGLML 22 Glicosé 50% 40 ML EV E AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
procedimento agendado para - transferir ao 1º				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
04 H					
12 H					
20 H					
02 H					

13 04 20
S.



06/10/2020: 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.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
VIZINTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO		FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO		LEITO	328	DATA	31/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				G
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN 1-15
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CR VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGC 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10-22
11	NDRIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
12	CURATIVO DIARIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
SE DIABETICO CONHECÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) 1- ANORMAL ESQUEMA: 200-250 2UL 254-300 4UL 301-350 3- 351-400 8UL 4- 401-450 16 UL 5- 451-500 24 UL 6- 501-550 32 UL 7- 551-600 40 UL 8- 601-650 48 UL 9- 651-700 56 UL 10- 701-750 64 UL 11- 751-800 72 UL 12- 801-850 80 UL 13- 851-900 88 UL 14- 901-950 96 UL 15- 951-1000 104 UL 16- 1001-1050 112 UL 17- 1051-1100 120 UL 18- 1101-1150 128 UL 19- 1151-1200 136 UL 20- 1201-1250 144 UL 21- 1251-1300 152 UL 22- 1301-1350 160 UL 23- 1351-1400 168 UL 24- 1401-1450 176 UL 25- 1451-1500 184 UL 26- 1501-1550 192 UL 27- 1551-1600 200 UL 28- 1601-1650 208 UL 29- 1651-1700 216 UL 30- 1701-1750 224 UL 31- 1751-1800 232 UL 32- 1801-1850 240 UL 33- 1851-1900 248 UL 34- 1901-1950 256 UL 35- 1951-2000 264 UL 36- 2001-2050 272 UL 37- 2051-2100 280 UL 38- 2101-2150 288 UL 39- 2151-2200 296 UL 40- 2201-2250 304 UL 41- 2251-2300 312 UL 42- 2301-2350 320 UL 43- 2351-2400 328 UL 44- 2401-2450 336 UL 45- 2451-2500 344 UL 46- 2501-2550 352 UL 47- 2551-2600 360 UL 48- 2601-2650 368 UL 49- 2651-2700 376 UL 50- 2701-2750 384 UL 51- 2751-2800 392 UL 52- 2801-2850 400 UL 53- 2851-2900 408 UL 54- 2901-2950 416 UL 55- 2951-3000 424 UL 56- 3001-3050 432 UL 57- 3051-3100 440 UL 58- 3101-3150 448 UL 59- 3151-3200 456 UL 60- 3201-3250 464 UL 61- 3251-3300 472 UL 62- 3301-3350 480 UL 63- 3351-3400 488 UL 64- 3401-3450 496 UL 65- 3451-3500 504 UL 66- 3501-3550 512 UL 67- 3551-3600 520 UL 68- 3601-3650 528 UL 69- 3651-3700 536 UL 70- 3701-3750 544 UL 71- 3751-3800 552 UL 72- 3801-3850 560 UL 73- 3851-3900 568 UL 74- 3901-3950 576 UL 75- 3951-4000 584 UL 76- 4001-4050 592 UL 77- 4051-4100 600 UL 78- 4101-4150 608 UL 79- 4151-4200 616 UL 80- 4201-4250 624 UL 81- 4251-4300 632 UL 82- 4301-4350 640 UL 83- 4351-4400 648 UL 84- 4401-4450 656 UL 85- 4451-4500 664 UL 86- 4501-4550 672 UL 87- 4551-4600 680 UL 88- 4601-4650 688 UL 89- 4651-4700 696 UL 90- 4701-4750 704 UL 91- 4751-4800 712 UL 92- 4801-4850 720 UL 93- 4851-4900 728 UL 94- 4901-4950 736 UL 95- 4951-5000 744 UL 96- 5001-5050 752 UL 97- 5051-5100 760 UL 98- 5101-5150 768 UL 99- 5151-5200 776 UL 100- 5201-5250 784 UL 101- 5251-5300 792 UL 102- 5301-5350 800 UL 103- 5351-5400 808 UL 104- 5401-5450 816 UL 105- 5451-5500 824 UL 106- 5501-5550 832 UL 107- 5551-5600 840 UL 108- 5601-5650 848 UL 109- 5651-5700 856 UL 110- 5701-5750 864 UL 111- 5751-5800 872 UL 112- 5801-5850 880 UL 113- 5851-5900 888 UL 114- 5901-5950 896 UL 115- 5951-6000 904 UL 116- 6001-6050 912 UL 117- 6051-6100 920 UL 118- 6101-6150 928 UL 119- 6151-6200 936 UL 120- 6201-6250 944 UL 121- 6251-6300 952 UL 122- 6301-6350 960 UL 123- 6351-6400 968 UL 124- 6401-6450 976 UL 125- 6451-6500 984 UL 126- 6501-6550 992 UL 127- 6551-6600 1000 UL 128- 6601-6650 1008 UL 129- 6651-6700 1016 UL 130- 6701-6750 1024 UL 131- 6751-6800 1032 UL 132- 6801-6850 1040 UL 133- 6851-6900 1048 UL 134- 6901-6950 1056 UL 135- 6951-7000 1064 UL 136- 7001-7050 1072 UL 137- 7051-7100 1080 UL 138- 7101-7150 1088 UL 139- 7151-7200 1096 UL 140- 7201-7250 1104 UL 141- 7251-7300 1112 UL 142- 7301-7350 1120 UL 143- 7351-7400 1128 UL 144- 7401-7450 1136 UL 145- 7451-7500 1144 UL 146- 7501-7550 1152 UL 147- 7551-7600 1160 UL 148- 7601-7650 1168 UL 149- 7651-7700 1176 UL 150- 7701-7750 1184 UL 151- 7751-7800 1192 UL 152- 7801-7850 1200 UL 153- 7851-7900 1208 UL 154- 7901-7950 1216 UL 155- 7951-8000 1224 UL 156- 8001-8050 1232 UL 157- 8051-8100 1240 UL 158- 8101-8150 1248 UL 159- 8151-8200 1256 UL 160- 8201-8250 1264 UL 161- 8251-8300 1272 UL 162- 8301-8350 1280 UL 163- 8351-8400 1288 UL 164- 8401-8450 1296 UL 165- 8451-8500 1304 UL 166- 8501-8550 1312 UL 167- 8551-8600 1320 UL 168- 8601-8650 1328 UL 169- 8651-8700 1336 UL 170- 8701-8750 1344 UL 171- 8751-8800 1352 UL 172- 8801-8850 1360 UL 173- 8851-8900 1368 UL 174- 8901-8950 1376 UL 175- 8951-9000 1384 UL 176- 9001-9050 1392 UL 177- 9051-9100 1400 UL 178- 9101-9150 1408 UL 179- 9151-9200 1416 UL 180- 9201-9250 1424 UL 181- 9251-9300 1432 UL 182- 9301-9350 1440 UL 183- 9351-9400 1448 UL 184- 9401-9450 1456 UL 185- 9451-9500 1464 UL 186- 9501-9550 1472 UL 187- 9551-9600 1480 UL 188- 9601-9650 1488 UL 189- 9651-9700 1496 UL 190- 9701-9750 1504 UL 191- 9751-9800 1512 UL 192- 9801-9850 1520 UL 193- 9851-9900 1528 UL 194- 9901-9950 1536 UL 195- 9951-10000 1544 UL					
INDICAÇÃO MÉDICA:					
ASSINADO PARA 07/04/20			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		
			DR MARCELO MARQUES		
			DR LEONARDO RABELO CRM 1715		
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
				Cledwanki Ribeiro Toc 2-1 QOMC	

13 04 20
3



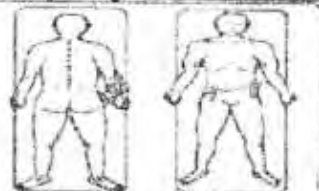
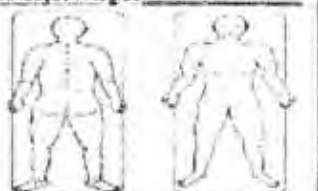
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIA	NEGA	IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	31/3/2020
UF/PA	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN 12H
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU DI CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				20:22
11	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				17
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CONDIÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC), CONTINUA 1 UNIDADE 200-250 2UH 251-300 4UH 301-350 4UH 351-400 6UH > 400 10 UH L OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
AGENDADO PARA 02/04M				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

Cladivson S. A. M. 12/04/20
Tat: 31
DONE: 12/04/20

13 04 20
57



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº: _____ Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2017
		Atualizada: Janeiro / 2018	
		ENF/LEITO: 332	

Nome: João Manoel			
DATA: 16/02/20 GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Quimioterápica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra _____		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Quimioterápica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aspecto da Lesão: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ tecido necrótico		Aspecto da Lesão: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ tecido necrótico ☐ Fístula	
Quantidade de Exsudato: ☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ umido moderado ☐ molhado, abundante	
Tipos de exsudato: ☐ Sérico ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipos de exsudato: ☐ Sérico ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Odor: ☐ Sem ☐ Não		Odor: ☐ Sem ☐ Não	
Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Enfiada / Rubor ☐ Fúndula ☐ Outras _____		Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Enfiada / Rubor ☐ Fúndula ☐ Outras _____	
Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____		Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____	
Cobertura primária (Oculto é feito na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro _____		Cobertura primária (Oculto é feito na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro _____	
Hora do curativo: 08:00h Tarde		Hora do curativo: 08:00h Tarde	
Data da Próxima troca: 16/02/20		Data da Próxima troca: 16/02/20	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. em Enfermagem		Carimbo e ass. em Enfermagem	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
Obs:		Obs:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvTec Solutions Programs.
Em pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

13 04 20

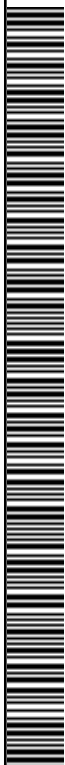
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	328	DATA	30/3/2020	
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 Cº VO DE 8/8H 5N				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18:22
11	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				18:22
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21 DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (IC) 5 UNID/ML ESQUEMA: 200 250 200 250 300 400 300 250 500 350 400 300 200 10 UNID OU GLICOSE < 70 MG/DL 22 GLICOSE 50% 40 ML EV + AVINAR PLANTONIS-FA					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
ATENDIDO PARA OS DNM				DR MARCUS BRÜNNER CRM 1937	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6H					
12H	112				
18H	112				
24H					

Francine Siqueira
Téc. de Enfermagem
CRM 11.419/2006

13-04-20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO AB. + POS-OP.LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE			SEITO	328	DATA 29/3/2020
ATV	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				SN
2	ACENSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	C. PROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18 22
11	NORIPURUM 1AMP - SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				18
12	CURATIVO DIARIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC) CONDIÇÃO ESQUEMA: 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 GHI: 351-400 800; 2-400 10 UI F OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
ACONDADO PARA 02/04M				DR MARCUS BRUNNER CRM 1937	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 3715	
SINA S VITPA	FC	TR	TEMP		
08 H					
12 H					
16 H					
20 H					

13 04 20
57.



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 Versão:06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015	
	ENF/LEITO: 28		

Nome: <u>JOÃO ALVES BARBOSA FILHO</u>			
DATA: _____	Localização / Região	DATA: _____	Localização / Região
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
etiologia	Pressão - I - II - III - IV Venosa - Arterial - Diabética Traumática - Cirúrgica - Trauma - Outra	etiologia	Pressão - I - II - III - IV Venosa - Arterial - Diabética Traumática - Cirúrgica - Trauma - Outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	Tecido de granulação - com estase Tecido necrótico	Aparência do Leito:	Tecido de granulação - com estase Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	Seco, muito pouco Umido, pouco Umido, moderado Molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	Seco, muito pouco Umido, pouco Umido, moderado Molhado, abundante
Tipo de exsudato	Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serososanguíneo	Tipo de exsudato	Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serososanguíneo
Dor	Sim Não	Dor	Sim Não
Odor	Evidente na remoção da cobertura A norte do leito Evidente quando se encurta o quarto Sem odor	Odor	Evidente na remoção da cobertura A norte do leito Evidente quando se encurta o quarto Sem odor
Condição da pele Periférica:	Normal Macerada Escala Entorpecida Rubor Pálido Quente	Condição da pele Periférica:	Normal Macerada Escala Entorpecida Rubor Pálido Quente
Solução para limpeza	Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4%	Solução para limpeza	Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4%
Cobertura primária	Agente Colágeno Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outros	Cobertura primária	Agente Colágeno Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outros
Conteúdo da lesão		Conteúdo da lesão	
Hora do curativo:	Manhã Tarde	Hora do curativo:	Manhã Tarde
Data da Próxima troca		Data da Próxima troca	
Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. em Enfermagem	01	Carimbo e ass. em Enfermagem	02
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:			

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Consa Tre. Solutions Programs.
Os pacientes com 92 ou mais lesões, estas dev em ser avaliadas separadamente.

13 04 20
S.

06/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

13 54 20

[illegible]

When the farm, then
occupied in the same

[Faint handwritten notes, possibly bleed-through from the reverse side.]

[illegible]

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: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPBB

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO: FX LIVRO AB + POS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO					
ALERGIA	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	328	DATA	27/3/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SFO 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SFO 0.9% EV OU DI VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110/MMHG				SN
9	SSVV + CCGG 8/6H				ROTINA
10	C PROF. DNACINO 400MG EV 12/12H				10-22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMI + SFO 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ENQUIMA 200 250 250 250 300 400 500 600 AUL 350-400 800 + 400 10 UI E OU GLICOSE + 70 DL/M FALCONE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
ACU ADIADO PARA 02/04M					
DR MARCOS BRUNNER CRM 1917					
DR MARCELO MARQUES					
DR LEONARDO RABELO CRM 1715					
08:00	TPA	FE	FR	TEMP	
09:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					

13 04 30
S.



EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANOTAÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM	
MANHÃ	NOITE	MANHÃ	NOITE
06/10/2020 08:30 Atendimento ao paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Paciente estável, sem sintomas de dor ou desconforto. Realizar monitorização de sinais vitais e glicemia de acordo com a rotina. Assinado: [Assinatura]		06/10/2020 14:30 Atendimento ao paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Paciente estável, sem sintomas de dor ou desconforto. Realizar monitorização de sinais vitais e glicemia de acordo com a rotina. Assinado: [Assinatura]	
06/10/2020 18:30 Atendimento ao paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Paciente estável, sem sintomas de dor ou desconforto. Realizar monitorização de sinais vitais e glicemia de acordo com a rotina. Assinado: [Assinatura]		06/10/2020 22:30 Atendimento ao paciente com quadro de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva. Paciente estável, sem sintomas de dor ou desconforto. Realizar monitorização de sinais vitais e glicemia de acordo com a rotina. Assinado: [Assinatura]	

13 04 20
9.



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		ONH		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	328	DATA	25/3/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				5
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SI.
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				5L SPLNSO
12	NORIPERIDOL 1AMP - SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				10
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA - Previsão
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (U/L)
INFORME ESQUEMA: 20U-24U 24U-28U 28U-32U 32U-36U 36U-40U 40U-44U 44U-48U 48U-52U 52U-56U 56U-60U 60U-64U 64U-68U 68U-72U 72U-76U 76U-80U 80U-84U 84U-88U 88U-92U 92U-96U 96U-100U
FALHOSSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

ACUINADO PARA 02 HEM

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

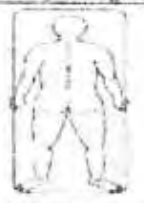
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP
PM			
10H	100	20	36.5
18H	100	20	36.5
24H	100	20	36.5

13 04 20

9



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 001 - Versão 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro 2015	
	ENF/LEITO: 134		

Paciente: <u>João Alves Barbosa Filho</u>	
DATA	Localização / Região
GRAU - I	
GRAU - II	
etiologia	Pressão - II - III - IV - Venosa - Arterial - Quimica Neuropática - Cirúrgica - Trauma - Outra
Estimulo da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito	Tejido de granulação _____ Tejido necrótico _____
Quantidade de Exsudato	Semelhante a: pouco, moderado, abundante
Tipos de exsudato	Sérvico - Fibrinoso - Flogístico Purulento - Sanguinolento
Dor	Sim / Não
Odor	Evidente na remoção da cobertura / Evidente ao entrar no quarto / Sem odor
Condição da pele Periférica	Normal - Macerada - Escala - Eritema - Rubor Prurido - Outras
Solução para limpeza	Solução fisiológica 0,9% - Clorexidina 1% Outra
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	Gaze - Fibrinase - Sulfadiazina de Prata AGE - Outros
Hora do curativo	Manhã / Tarde
Data da Próxima troca	
Em caso de + de 24hs	
Com o ass. do enfermeiro	DT / AT
Assinatura do Enfermeiro	

Obs. do documento adaptada da Secretaria Municipal de Saúde do Rio Branco e ConvaTec, Solutions Program
1) para feridas com 02 ou mais lados, estas devem ser avaliadas separadamente

13 14 DC

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em: <https://projudi.trj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPLÉDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNÓSTICO FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO					
ALERGAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
QADF		LEITO	328	DATA	25/3/2020
PRESCRIÇÃO					HORARIO
1. DIETA ORAL LIVRE					SND
2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					MANTER
3. SF 0.9% 500ml EV ACM					ACM
4. OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA					6
5. DIPIRONA 1G EV 12/12H SN					SN
6. TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DL 8/8h SN					SN
7. PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
8. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SN
9. ISSVA + CCGG 6/6 H					ROTINA
10. CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H					10 22
11. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA					SUSPENSO
12. NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS					AG
13. CURATIVO DIÁRIO					ROTINA
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
SE PRESENTAR CORRELAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-240 2H 251-300 4H 301-350 351-400 8H < 400 1H DE OU GLICOSE > 70 DIAM. 1. INICIAMOS 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONIA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1617 DR MARCELLO MARQUES DR LEONARDO RABELO CRM 1715					
SINAIS VITAIS	FC	DR	TEMP		
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

13 04 20
S



328

13 04 90

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	24/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	CMEPRKAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIP RONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	ETRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU GL CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CANTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 L/DU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + ECGG 6/6 H				ROTINA
10	C PROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 32
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO
MARQUES

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
08H	118/78	110		36.5	
12H					
16H					
20H					

13 04 20
1



Nome: <u>Spencer Martin - P. Mendes</u>			
DATA: _____	Localização / Região:  	DATA: _____	Localização / Região:  
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Etiologia	Pressão - I - II - V - Zonas - Anseal - Tachecost Receptáculos - Curativos - Outros - Outros	Pressão - I - II - V - Zonas - Anseal - Tachecost Receptáculos - Curativos - Outros - Outros	
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Profundidade: _____	Comprimento: _____ cm Profundidade: _____	
Aparência da Lesão	Estado da pele após: com escoriação Tendão necrosado	Estado da pele após: com escoriação Tendão necrosado	
Quantidade de Exsudato	Seco - Nenhum - Um pouco Líquido moderado - Moderado abundante	Seco - Nenhum - Um pouco Líquido moderado - Moderado abundante	
Tipos de Exsudato	Sanguíneo - Fibrinoso - Seroso Fibrinoso - Seroso - Sanguíneo	Sanguíneo - Fibrinoso - Seroso Fibrinoso - Seroso - Sanguíneo	
Dor	Sim - Não	Sim - Não	
Odor	Odor forte na remoção da cobertura - Odor leve Odor forte na remoção da cobertura - Sem odor	Odor forte na remoção da cobertura - Odor leve Odor forte na remoção da cobertura - Sem odor	
Condição da pele Periférica	Sem alteração - Vermelha - Seca - Eritema / Rubor Prurido - Dor	Sem alteração - Vermelha - Seca - Eritema / Rubor Prurido - Dor	
Solução para limpeza	Solução fisiológica 0,9% - Solução de água Solução de água	Solução fisiológica 0,9% - Solução de água Solução de água	
Cobertura primária	Adesivo - Curativo Fibrinose - Solução de água	Adesivo - Curativo Fibrinose - Solução de água	
Contato direto na lesão	Sim - Não	Sim - Não	
Hora do curativo	Manhã - Tarde	Manhã - Tarde	
Data da próxima troca	_____	_____	
Em caso de + de 24hs	_____	_____	
Carimbo e ass.	_____	_____	
Fec. e H. Enfermagem	_____	_____	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	_____	_____	

13.14.20



EXATIDÃO DO TITULO EM FÉRMENAGEM		EXATIDÃO DO TITULO EM FÉRMENAGEM	
MANHA	TARDE	MANHA	TARDE
ASS. E CARIMBO EM FÉRMENAGEM DATA / / HORA	ASS. E CARIMBO EM FÉRMENAGEM DATA / / HORA	ASS. E CARIMBO EM FÉRMENAGEM DATA / / HORA	ASS. E CARIMBO EM FÉRMENAGEM DATA / / HORA
NOTA	NOTA	NOTA	NOTA



13 04 20



13 04 20
S

[illegible]

130420

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: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB

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

13 04 20
59

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO		ANCIANOS DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
MANHÃ	DATA / HORA	MANHÃ	DATA / HORA
<i>16/09/2020 08:00 - 12:00</i>		<i>16/09/2020 14:00 - 18:00</i>	
ASS. ELA APARECIDO ENFERMEIRO		ASS. ELA APARECIDO T. ENFERMAGEM	
TARDE:	DATA / HORA	TARDE:	DATA / HORA
<i>16/09/2020 14:00 - 18:00</i>		<i>16/09/2020 19:00 - 23:00</i>	
ASS. ELA APARECIDO ENFERMEIRO		ASS. ELA APARECIDO T. ENFERMAGEM	
NOITE:	DATA / HORA	NOITE:	DATA / HORA
<i>16/09/2020 19:00 - 23:00</i>		<i>16/09/2020 00:00 - 04:00</i>	
ASS. ELA APARECIDO ENFERMEIRO		ASS. ELA APARECIDO T. ENFERMAGEM	

13 de 20
D.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	20/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10.22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				10.22
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16	TRANSFERIR AO HGR HOJE				
17					
18					
19					
20					
21	SE DIABÉTICO CORRIGIR COM INSULINA REGULAR (SC), COM DOSE ESCALADA: 200-250, 251-300, 301-350, 351-400, 401-450, 451-500, 501-550, 551-600, 601-650, 651-700, 701-750, 751-800, 801-850, 851-900, 901-950, 951-1000, 1001-1100, 1101-1200, 1201-1300, 1301-1400, 1401-1500, 1501-1600, 1601-1700, 1701-1800, 1801-1900, 1901-2000, 2001-2100, 2101-2200, 2201-2300, 2301-2400, 2401-2500, 2501-2600, 2601-2700, 2701-2800, 2801-2900, 2901-3000, 3001-3100, 3101-3200, 3201-3300, 3301-3400, 3401-3500, 3501-3600, 3601-3700, 3701-3800, 3801-3900, 3901-4000, 4001-4100, 4101-4200, 4201-4300, 4301-4400, 4401-4500, 4501-4600, 4601-4700, 4701-4800, 4801-4900, 4901-5000, 5001-5100, 5101-5200, 5201-5300, 5301-5400, 5401-5500, 5501-5600, 5601-5700, 5701-5800, 5801-5900, 5901-6000, 6001-6100, 6101-6200, 6201-6300, 6301-6400, 6401-6500, 6501-6600, 6601-6700, 6701-6800, 6801-6900, 6901-7000, 7001-7100, 7101-7200, 7201-7300, 7301-7400, 7401-7500, 7501-7600, 7601-7700, 7701-7800, 7801-7900, 7901-8000, 8001-8100, 8101-8200, 8201-8300, 8301-8400, 8401-8500, 8501-8600, 8601-8700, 8701-8800, 8801-8900, 8901-9000, 9001-9100, 9101-9200, 9201-9300, 9301-9400, 9401-9500, 9501-9600, 9601-9700, 9701-9800, 9801-9900, 9901-10000				
22	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA, AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03 PRE OP OK			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917 DR MARCELO MARQUES DR LEONARDO RABELO CRM 1715		
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					

13.04.20
9



[illegible]

13 74 30
S.





13 04 20

BOLETIM OPERATÓRIO

Julho 2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

INTERVENÇÃO

INDICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

VERIFICAÇÃO

TÓRAX

AUXILIAR

ALTO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA

ANESTESIA

ANESTÉSICO

FM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

13/04/2020 - 21:15 Fixador
Dr. João Paulo D.

Procedimento de 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15

Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15

Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15
Procedimento de 21:15 - 21:15

Carla Regina da Silva
Médico
CRM 100.000

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	19/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVY + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10/22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16	TRANSFERIR AO HGR HOJE				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML. 21) GCSSE 60% 40 ML EV + AMIBAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
paciente com procedimento agendado para hoje 19/03 a tarde, TRANSFERIR ao HGR					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
DR MARCELO MARQUES					
DR LEONARDO RABELO CRM 1715					
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
6 H					
12 H				Cledrânia Silva Costa Téc. de Enfermagem COREN-PA 091.001.75	
18 H					
24 H					

13 04 20
Ass: [Assinatura]

[illegible]

13 04 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM7	NEGA
DATA		LEITO	328	DATA	18/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	DMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	D PIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	KASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	0.33VV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10-22
11	CELEXANE 40 MG SC 1X DIA				SUSPENSO
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16	TRANSFERIR AO HGR HOJE				
17					
18					
19					
20					
S1. DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250 201-251-300 401-301-350 501-351-400 801-400 10 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR			DR MARCUS BRUNNER		
EXTERNO DE BACIA,			CRM 1917		
AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE			DR MARCELO MARQUES		
DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03			CRM 1918		
PRE OP OK			DR LEONARDO RABELO		
			CRM 1715		
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	D/E	Francine Sales de Sá 16/03/2020 14:00h
08h	112	27	36.5	1x	
12h					
18h					
21h					

18/04/20



13 61 20



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
EXAME	LLITO		328	DATA	17/3/2020
EV	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				8
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (SN)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	55V - CCG 6/6h				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SE 1X DIA				36
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				36
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 Versão 06	Data de Elaboração
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015	Fevereiro 2014
		ENF/LEITO:	

Localização / Região		Localização / Região	
DATA		DATA	
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Diagnóstico	Presença de: ☐ Inf. ☐ M. ☐ Infecção ☐ Diabética	Presença de: ☐ Inf. ☐ M. ☐ Infecção ☐ Diabética	
Tamanho da Ferida	Profundidade	Profundidade	
Apresenta do Lado			
Quantidade de Exsudato			
Tipo de exsudato			
Cor			
Qual			
Condição da pele Periférica			
Solução para limpeza			
Cobertura primária			
Contato direto na lesão			
Hora do curativo			
Data da Próxima troca			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. do Enfermeiro			
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e dos *Guidelines, Solutions Programs*.
 Os pacientes com R2 ou mais devem ser avaliados separadamente.

13 04 20

06/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

13. 24 22

[illegible]

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

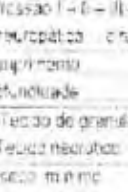
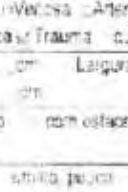
NOME		SEXO		IDADE		PESO		KG		LEITO		ALÉRGICO?																															
EXAME FÍSICO DO PACIENTE CONTOUR DE CATETERES E SONDAS <table border="1"> <tr> <th>CATETER CENTRAL</th> <th>SONDA N.º</th> <th>DATA</th> <th>LOCAL</th> <th>USO</th> </tr> <tr> <td>CATETER PERIFÉRICO</td> <td>SONDA N.º</td> <td>DATA</td> <td>LOCAL</td> <td>USO</td> </tr> <tr> <td>SONDA VENTILATÓRIA</td> <td>SONDA N.º</td> <td>DATA</td> <td>LOCAL</td> <td>USO</td> </tr> <tr> <td>SONDA NASOGÁSTRICA</td> <td>SONDA N.º</td> <td>DATA</td> <td>LOCAL</td> <td>USO</td> </tr> <tr> <td>SONDA VAGINAL</td> <td>SONDA N.º</td> <td>DATA</td> <td>LOCAL</td> <td>USO</td> </tr> <tr> <td>SONDA URETRAL</td> <td>SONDA N.º</td> <td>DATA</td> <td>LOCAL</td> <td>USO</td> </tr> </table>														CATETER CENTRAL	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO	CATETER PERIFÉRICO	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO	SONDA VENTILATÓRIA	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO	SONDA NASOGÁSTRICA	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO	SONDA VAGINAL	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO	SONDA URETRAL	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO
CATETER CENTRAL	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO																																							
CATETER PERIFÉRICO	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO																																							
SONDA VENTILATÓRIA	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO																																							
SONDA NASOGÁSTRICA	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO																																							
SONDA VAGINAL	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO																																							
SONDA URETRAL	SONDA N.º	DATA	LOCAL	USO																																							
LESÕES DIAGNÓSTICO																																											
PRESCRIÇÃO DE FARMACOLOGIA																																											

SECRETARIA DE SAÚDE DE HORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	328		DATA	16/3/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VÊNOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASII 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CEGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18h
11	CLENANE 40 MG SC 1X DIA				14h
12	NORFLOXACINA 1AMP - SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA DE GUIÃO (SC) CONDIÇÃO E ESQUEMA 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 50U 10U 20U 30U 40U 50U 60U 70U 80U 90U 100U 110U 120U 130U 140U 150U 160U 170U 180U 190U 200U GLICEMIA 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA.			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE OSTEÓFITOS. AGENDADO PARA 19/03			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
PRE DE OR			DR LONARDO RABELO CRM 1715		
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
08h					
12h					
18h					
24h					



13 ch 30
S.

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão 06	Data da Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO:			

Nome: <u>Julio Manoel Pereira</u>			
DATA: <u>29/11/20</u>	Localização / Região:		DATA: <u>29/11/20</u>
GRAU - I	 		GRAU - I
GRAU - II	 		GRAU - II
Endeologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicela ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neuropático ☐ Cirúrgico ☐ Trauma ☐ Outros _____		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Varicela ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Neuropático ☐ Cirúrgico ☐ Trauma ☐ Outros _____
Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito	☐ Tecido de granulação ☐ com escabeço ☐ Tecido necrótico ☐ Escudo		☐ Tecido de granulação ☐ com escabeço ☐ Tecido necrótico ☐ Escudo
Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ Umido moderado ☐ muito abundante		☐ seco mínimo ☐ umido pouco ☐ Umido moderado ☐ muito abundante
Tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento		☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso sanguinolento
Dor	☒ Sim ☐ Não		☒ Sim ☐ Não
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a favor do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a favor do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritemato Rubor ☐ Prurido ☐ Outros _____		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritemato Rubor ☐ Prurido ☐ Outros _____
Solução para limpeza	☒ Solu. Fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		☒ Solu. Fisiológica 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____		☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Contato direto com tecido	☐ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não
Hora do curativo	☒ Manhã ☐ Tarde		☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca	☐ Em caso de + de 24hs		☐ Em caso de + de 24hs
Curimbo e ass. em Enfermagem	21/ <u>Julio Manoel Pereira</u> 02/ _____		01/ _____ 02/ _____
Curimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Julio Manoel Pereira</u>		_____
CRIS	_____		_____

000 - Modelo adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Etc, Solutions Programs
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

13 04 20
SP

13 Oct 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	15/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV DU D1 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 F/DU PAD > 110 MMHG				SN
9	SSVV + CCGG 5/5 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10.22
11	CLFANF 40 MG SC 1X DIA				16
12	NOSIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONDIÇÃO ESQUEMA: 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 Glicose 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA.			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03 PRE OP OR			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
			DR LEONARDO RABELO CRM 1715		
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
07h					
13h					
18h					
24h					

13 04 20
S.



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO: FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE					
ALERGIAS	NEGA	NAS	NEGA	DM2	NEGA
QUADRO	LEITO	328	DATA	15/3/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% LV DU D1 CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 F/OL PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10:22
11	C. EXANE 40 MG SC 1X DIA				16
12	NORIPURUM TAMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250-200-250-300-400-300-250 NUI 351-400-300-200-100-10-UI E DU GLICOSE < 70 DI/MH GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
EXTERNO DE BACIA.

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SINTESE
DE DEMAS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
TKE DP OK

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1938

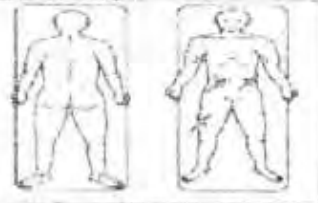
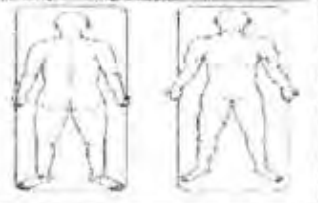
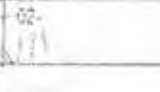
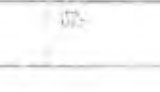
DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
16h				
17h				
18h				
19h				

13 04 30
9



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão 06	Data de Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro - 2015		
	ENF/LEITO:			328

Nome: <u>JOÃO MENDES DOS SANTOS</u>			
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	Pressão I - II - III - IV cirúrgica / Artéria / Diabética / traumática / química / Trauma / queimadura	Pressão I - II - III - IV cirúrgica / Artéria / Diabética / traumática / química / Trauma / queimadura	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo mínimo pouco ☐ umido, moderado moderado abundante	☐ seco, mínimo mínimo pouco ☐ umido, moderado moderado abundante	
Tipos de exsudato:	Séreo Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossanguíneo	Séreo Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossanguíneo	
Dor	☐ Sim Não	☐ Sim Não	
Odor	☐ Evidente na remoção da cobertura a partir do leito ☐ Evidente ao entrar no quarto Sem odor	☐ Evidente na remoção da cobertura a partir do leito ☐ Evidente ao entrar no quarto Sem odor	
Condição da pele Periférica:	Normal Macerada seca Eritema / Rubor Prurido Outras	Normal Macerada seca Eritema / Rubor Prurido Outras	
Solução para limpeza	☐ Solu. Fis. 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____	☐ Solu. Fis. 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro _____	
Cobertura primária	☐ Adesiva Colapexase ☐ Fibrinosa Sulfadiazina de Prata ☐ AGE Outros _____	☐ Adesiva Colapexase ☐ Fibrinosa Sulfadiazina de Prata ☐ AGE Outros _____	
Hora do curativo:	☐ Manhã Tarde	☐ Manhã Tarde	
Data da Próxima troca			
Em caso de + de 24hs			
Cartão e ass. em Enfermagem	01-  02- 	01-  02- 	
Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Consultec. Solutions Program.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

JB 04 20
59



13 64 20



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HD

DATA: 20/03/2020 SEXO: FEMAL ID: 320 ID: 320 ALÉRGICO: -

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	DATA	LOCAL	USO
CATETER PERIFÉRICO	DATA <td>LOCAL<td>USO</td></td>	LOCAL <td>USO</td>	USO
SONDA VENTIL	DATA <td>LOCAL<td>USO</td></td>	LOCAL <td>USO</td>	USO
SONDA NASOGÁSTRICA	DATA <td>LOCAL<td>USO</td></td>	LOCAL <td>USO</td>	USO
SONDA NASOENTRAL	DATA <td>LOCAL<td>USO</td></td>	LOCAL <td>USO</td>	USO
DIÁLISE	DATA <td>LOCAL<td>USO</td></td>	LOCAL <td>USO</td>	USO

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

IDENTIFICAR SE HALLS/SE
1. IDENTIFICAR O PACIENTE
2. IDENTIFICAR O CUIDADOR
3. IDENTIFICAR O CUIDADOR

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	D.H.		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LETO		328	DATA	14/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACesso VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				6
5	DIPIRONA 2G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU OS CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASIL 30 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO 5E PAS 150 L/OU PAD 110 MMMHG				SN
9	SSVL + CCGS 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18-22
11	CLERANE 40 MG SC 1X DIA				20
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

NE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
+ TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU OS CP VO DE 8/8H SN
+ PLASIL 30 mg EV 8/8h (S/N)
+ CAPTOPRIL 25MG VO 5E PAS 150 L/OU PAD 110 MMMHG
+ SSVL + CCGS 6/6 H
+ CURATIVO DIARIO
+ AVISAR O ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE TIXADOR

DR MARCUS BRUNNEN
CRM 1917

EXTERNO DE BACIA

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DE OUTRAS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03

PPS OK

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS VITAIS	PC	FR	TEMP	D	E
14h					
16h	110x70	87	-	36,2°C	+ 12
18h	120x70	90	-	36°C	+ 12
20h	110x70	87	-	36,2°C	+ 12

13 04 20
9



[illegible]

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO: FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE					
ALERGAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
SAHF	LEITO		328	DATA	13/3/2020
TEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MANTER
3	SFO 0.9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				E
5	DIPRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SFO 0.9% EV OU OL CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLAS 10 mg EV 8/8H (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	NSVV - DI GG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H				16 22
11	C/ EXAME 4U MG SC 1X DIA				16
12	NOR PURUM 1AMP + SFO 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16 22
13	CURATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250 210 251 300 400 301 250
610 351 400 301 2 100 10 011 011 GLICOSE < 70 DL/ML
GLICOSE 100% 10 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
EXTERNO DE BACIA.

AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE
DE DEMAIS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
EM ORTOP.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 19181

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
08H				
12H				
16H				
20H				

13 06 20
9



35

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	12/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 75MG VO SF PAS > 150 F/OU PAD > 110 MMHG				SN
9	SSV - CCG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROLOXACINA 400MG EV 12/12H				18:22
11	CELEXANE 40 MG SC 1X DIA				18:22
12	NORFEDRUM 1AMP + SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				18:22
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) GLICEMIA: FÁSTICA 200-250 2H 251 300 4H 301-350 6H 351-400 8H 401-450 10H 451-500 12H 501-550 GLICEMIA 50% 49 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
EXTERNO DE BACIA.
AGUARDAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SINTESE
DE OUTRAS FRTURAS, AGENDADO PARA 19/03.
19L CP ON

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

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

13 04 30



 HOSPITAL DE SÃO PAULO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 - Versão 06	Data da Elaboração Fevereiro 2015
		Atualizada Janeiro / 2015	
		ENF/LEITO:	88

Nome: <u>Paulo Roberto de Oliveira</u>		Localização / Região	
DATA: <u>10/05/2010</u>		 	
GRAU - I			
GRAU - II			
Etiologia	Presença de: <u>I - II - V</u> <u>Vermes</u> <u>Antena</u> <u>Diabetes</u> <u>neuropatia</u> <u>infecção</u> <u>fractura</u> <u>outra</u>		
Tamanho da Ferida	Comprimento: <u>cm</u> <u>largura</u> <u>cm</u> Profundidade: <u>cm</u>		
Aparência do Leito	Tipo de granulação: <u>com esclero</u> Tipo de tecido: <u>Escura</u>		
Quantidade de Exsudato	Tipo de exsudato: <u>sem exsudato</u> Quantidade: <u>sem exsudato</u>		
Tipo de Exsudato	Tipo de exsudato: <u>Sanguinolento</u> Tipo de exsudato: <u>Sanguinolento</u>		
Cor	Cor: <u>Não</u>		
Odor	Odo: <u>sem odor</u>		
Condição da pele Periférica	Normal <u>Macerada</u> <u>seca</u> <u>Enteima / Rubor</u> Turgor: <u>Ótimo</u>		
Soluções para limpeza	Solução para limpeza: <u>Clorox</u> Solução para limpeza: <u>Clorox</u>		
Colocação primária	Colocação primária: <u>Colocação</u> Colocação primária: <u>Colocação</u>		
Contato direto da ferida	Contato direto da ferida: <u>Ótimo</u>		
Hora do curativo	Hora do curativo: <u>tarde</u>		
Data da Próxima troca	Data da Próxima troca: <u>11/05/2010</u>		
Em caso de 4 de 24hs	Em caso de 4 de 24hs: <u>12</u>		
Carimbo e Assinatura	Carimbo e Assinatura: <u>12</u>		
Assinatura	Assinatura: <u>12</u>		

*Os documentos adaptados do Sistema Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs. Os documentos com 02 e 03 imagens, cada uma, devem ser avaliadas separadamente.



SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRICAO MEDICA					
DATA DE ADMISSAO			DIH	DN	
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LLITO		328	DATA	09/03/2020
ITEM	PRESCRICAO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				11h
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				14h
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				14h
5	DIPIRONA 1G EV 12/12h SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DI CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 1g mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 L/OU PAD> 110 MMMHG				SN
9	SSVV + CCGG 8/6h				20h
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12h				10h
11	CELEXAM 40 MG SC 1X DIA				14h
12	NORFLOXACINA 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				14h
13	CURATIVO DIARIO				20h
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (5C)
 FOME DIET. E SÓLID. MA 200-250 200 251-300 400 301-350
 600 351-400 400 401-450 10 U/F OU GLICOSE $\leq$ 70 DLM/L
 10 U/F OU 50% 40 ML F.V. AVALIAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

● O PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE SÁDIA, SOLICITOU NOVOS EXAMES LABORATORIAIS E CLARIFIQUEI O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE DENTISTAS.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

WINDS	TEMP	FC	PR	TEMP	
04					
08	140/140	1000		1	DATE -
12	140/140	1000		12.1	12/1
16					

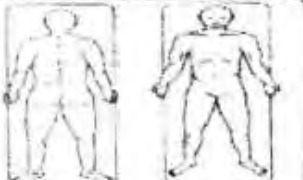
TCL
Completed

13 04 20
9

VARIANTE		EVALUACIÓN DE IMPARTICIÓN		DISTRIBUCIÓN DE TÉCNICO EMERGENCIAS	
NOTA	FECHA	NOTA	FECHA	NOTA	FECHA
10	10/10/2010	10	10/10/2010	10	10/10/2010
9	9/10/2010	9	9/10/2010	9	9/10/2010
8	8/10/2010	8	8/10/2010	8	8/10/2010
7	7/10/2010	7	7/10/2010	7	7/10/2010
6	6/10/2010	6	6/10/2010	6	6/10/2010
5	5/10/2010	5	5/10/2010	5	5/10/2010
4	4/10/2010	4	4/10/2010	4	4/10/2010
3	3/10/2010	3	3/10/2010	3	3/10/2010
2	2/10/2010	2	2/10/2010	2	2/10/2010
1	1/10/2010	1	1/10/2010	1	1/10/2010



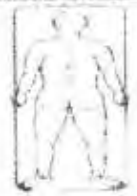
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 Versão: 06	Data da elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015	
		ENF/LEITO:	

Antes:		Depois:	
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia: Pressão I - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética Isquêmica - Cirúrgica - Trauma - Outra: _____	Extensão: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Etiologia: Pressão I - II - III - IV - Venosa - Arterial - Diabética Isquêmica - Cirúrgica - Trauma - Outra: _____	Extensão: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aspecto do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Aspecto do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico Escara	Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipos de Exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Soro-sanguíneo	Doença: ☐ Sim ☐ Não	Tipos de Exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Soro-sanguíneo	Doença: ☐ Sim ☐ Não
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a borda do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ eritema ☐ Rubor ☐ Eritema ☐ Quilose	Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a borda do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ eritema ☐ Rubor ☐ Eritema ☐ Quilose
Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária: ☐ Gaze ☐ Fibrina ☐ AGE ☐ Hidrocolóide ☐ Outros: _____	Cobertura primária: ☐ Gaze ☐ Fibrina ☐ AGE ☐ Hidrocolóide ☐ Outros: _____	Cobertura primária: ☐ Gaze ☐ Fibrina ☐ AGE ☐ Hidrocolóide ☐ Outros: _____	Cobertura primária: ☐ Gaze ☐ Fibrina ☐ AGE ☐ Hidrocolóide ☐ Outros: _____
Tempo do curativo: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 96h	Tempo do curativo: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 96h	Tempo do curativo: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 96h	Tempo do curativo: ☐ 24h ☐ 48h ☐ 72h ☐ 96h
Data da Próxima troca: _____	Data da Próxima troca: _____	Data da Próxima troca: _____	Data da Próxima troca: _____
Carimbo e Assinatura de Enfermagem: _____	Carimbo e Assinatura de Enfermagem: _____	Carimbo e Assinatura de Enfermagem: _____	Carimbo e Assinatura de Enfermagem: _____

OBS: Este formulário adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Lee, Solutions Program.
Os parâmetros de 02 no mais 03 dias, estes devem ser evoluídos separadamente.

13.02.20
S

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro 2015 ENF/LEITO: 42		

Nome: <u>Lucas Henrique</u>		Localização / Região		Localização / Região	
DATA: <u>12/03/2022</u>				DATA: <u>12/03/2022</u>	
GRAU - I				GRAU - I	
GRAU - II				GRAU - II	
Etiologia	Frisado - I - II - V / Arteria / Arteria / Dissecção / Descolamento / Hemorragia / Trauma / Queda		Frisado - I - II - V / Arteria / Arteria / Dissecção / Descolamento / Hemorragia / Trauma / Queda		
Tamanho da Ferida:	Comprimento: <u>10</u> cm / Largura: <u>2</u> cm / Profundidade: <u>1</u> cm		Comprimento: <u>10</u> cm / Largura: <u>2</u> cm / Profundidade: <u>1</u> cm		
Aparência do Leito:	a) Tecido de granulação b) com escudo c) Teido necrótico		a) Tecido de granulação b) com escudo c) Teido necrótico		
Quantidade de Exsudato	a) zero / mínimo b) pouco c) moderado d) muito abundante		a) zero / mínimo b) pouco c) moderado d) muito abundante		
Tipo de Casado:	a) Seroso b) Fibrinoso c) Sanguinolento d) Puro e) Serossanguíneo		a) Seroso b) Fibrinoso c) Sanguinolento d) Puro e) Serossanguíneo		
Cor	a) Sim b) Não		a) Sim b) Não		
Cobrir	a) dente na remoção da cobertura b) dente na remoção da cobertura c) dente na remoção da cobertura		a) dente na remoção da cobertura b) dente na remoção da cobertura c) dente na remoção da cobertura		
Condição da pele Periférica	a) Normal b) Macerada c) seca d) Eritema / Rubor e) Prurido f) Dor		a) Normal b) Macerada c) seca d) Eritema / Rubor e) Prurido f) Dor		
Solução para limpeza	a) Solução Fisiológica 0.9% b) Clorexidina 4% c) Clorexidina 1% d) Água		a) Solução Fisiológica 0.9% b) Clorexidina 4% c) Clorexidina 1% d) Água		
Cobertura primária	a) Gaze b) Fibrinase c) AGC d) Colagenase e) Sulfadiazina de Prata f) Curio		a) Gaze b) Fibrinase c) AGC d) Colagenase e) Sulfadiazina de Prata f) Curio		
Horário de curativo	a) 1 hora b) 2 horas c) 3 horas d) 4 horas e) 5 horas f) 6 horas		a) 1 hora b) 2 horas c) 3 horas d) 4 horas e) 5 horas f) 6 horas		
Nota da Próxima troca	Em caso de = de 24hs		Em caso de = de 24hs		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01/03/2022		01/03/2022		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	01/03/2022		01/03/2022		
Observações			OBS		

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Inc. Solutions Programs. Não se refere a com 02 ou mais lesões, estas devem ser excluídas separadamente.

13 CH 2Cm



[illegible]

54

SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		IDH	DN		
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	11/3/2020
SEX		PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSOS VENOSOS PERIFERICO				MANTER
3	SEF 0.9% 500ML EV ACM				ACM
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIFIRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	STRANAL 100MG + SEF 0.9% EV OU GI CP VO DE 8/8H SN				SN
7	PLASL 10 mg EV 8/8H (S/N)				SN
8	SICAPTOPHIL 75MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 160 MMMHG				SN
9	ASSVD + CCGG 6/5 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18 ^h 27 ^a
11	CLARAXIL 40 MG SC 1X DIA				15 ^h
12	VORINEX 400MG 1AMP + SRO 5% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16 ^h
13	REGISTRATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE FRASE TIPO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 100U 100MG 8 500U MA 200 250 300 350 400 500 600
 100U 100MG 8 500U MA 200 250 300 350 400 500 600
 100U 100MG 8 500U MA 200 250 300 350 400 500 600

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR
 EXTERNO DE BACIA, SOLICITO NOVOS EXAMES
 LABORATORIAIS
 AGUARDAR PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA SINTESE
 DE OUTRAS FRATURAS

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO
 CRM 1715

DATA VITAL	FC	FR	TEMP	
11/3				
12/3				
13/3				
14/3				

13 04 20
 9



13 14 20

12/10/20

12/10/20

12/10/20

12/10/20

12/10/20

Procurador
João Alves Barbosa Filho
OAB/SP 123.456

12/10/20 12/10/20 12/10/20
12/10/20 12/10/20 12/10/20
12/10/20 12/10/20 12/10/20

12/10/20

12/10/20

12/10/20

12/10/20

12/10/20

12/10/20



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	UH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO: FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	10/03/2020
TEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIROVA 1G EV 12/12H SN				5/4
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DL CP VO DL 5/8H SN				5/4
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				3/4
8	CAITOPRIL 25MG VO SL PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5/4
9	SSVV + CCGG 6/6 H				Rodrigues
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10
11	CITRAXAL 40 MG SC 1X DIA				10
12	NORIPURINE (AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				Barbosa - 12/10
13	CURATIVO DIÁRIO				Rodrigues
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE TRATAR DE COM CORRELAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 100 UI = 200 UI MA 200 250 250 250 300 400 500 500
 100 UI = 400 UI = 400 10 UI L OITAVAS 5 70 UI/ML
 100 UI = 50% 10 ML EV - AVERAR PLANTONISTA

NOTAÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
 O PACIENTE SOLICITA NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
 AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE
 PRIMA E SEGUNDA

DR MARCUS BRUNNER
 CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
 CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	
08H				
12H				
18H				
24H				

3 06 20
 9



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DMZ	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	08/03/2020
TEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				24
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				24
3	SEF 0.9% 500ml EV ACM				24
4	OMPRAROL 40MG VO 1X/DIA				24
5	DIPRONA 1G EV 12/12H 5%				24
6	TRAVAL 100MG + SE 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H 5%				24
7	PLASIL 1G mg EV 8/8H (S/N)				24
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				24
9	SINV + COBG 6/6 H				24
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				24
11	ELEXANE 40 MG SC 1X DIA				24
12	NORIPURUM 1AMP + SFC 9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16 21 30K
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200, 250, 300, 350, 400, 450, 500, 550, 600, 650, 700, 750, 800, 850, 900, 950, 1000
OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70
OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70 OU GLICOSE 70

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
DE BACIA SOLICITOU NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE
DEMAIS FRATURAS

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

INVASIVIDADE	FC	TR	TLMP	24h
1h				
2h				
4h				
24h				

13 04 20
9

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO	FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRA				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	07/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	TIPIRONA 1G EV 12/12H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				
7	PLAS-L 10 mg EV 8/8h (5/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
9	SSV + CCGG 5/6 H				
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				
12	NORIPURUM 1AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):
 0-100 MG/DL: 20U; 101-200 MG/DL: 20U; 201-300 MG/DL: 30U; 301-400 MG/DL: 40U; 401-500 MG/DL: 50U; 501-600 MG/DL: 60U; 601-700 MG/DL: 70U; 701-800 MG/DL: 80U; 801-900 MG/DL: 90U; 901-1000 MG/DL: 100U.
 GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS. AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE OUTRAS FRATURAS.

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
08 H					
12 H					
18 H				36,1°	
24 H					

13 04 20
9



Nome:					
DAT-4	Localização / Região			DATA:	Localização / Região
I - GRAU - I				I - GRAU - I	
II - GRAU - II				II - GRAU - II	
Etiologia	- Pressão (-) = (+)	- Venosa Arterial	- Diabética	- Pressão (-) = (+)	- Venosa Arterial
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm			Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	Tipo de granulação: [] com escorço [x] tecido necrótico			Tipo de granulação: [] sem escorço [x] tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato:	seco mínimo [] úmido pouco [x] líquido moderado [] inchado abundante [x]			seco mínimo [] úmido pouco [x] líquido moderado [] inchado abundante [x]	
Coro da exudatos:	Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossangüíneo				Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossangüíneo
Dor:	[] Sim [x] Não				[] Sim [x] Não
Odor:	[] evidente na remoção da cobertura [x] não evidente ao entrar no quarto	[] à boca do leito [x] Sem odor			
Condição da pele Periférica:	Normal Macerada Escarificada Rubra Prurido Outras				Normal Macerada Escarificada Rubra Prurido Outras
Solução para limpeza:	X Solução fisiológica 0,9% Clorexidina 4%	% Cloroxina 1% Outros			
Cobertura primária:	Gaze Fibrosa AGF	Colapexes Sulfacroz na de Prata Outros			
Hora do curativo:	Manhã Tarde				Manhã Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs					
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01-	02-	01- 02-		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
Observações:			OBS.		

13 04 20





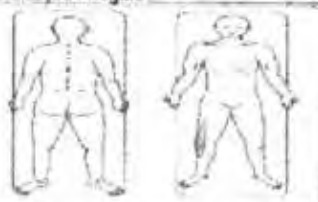
13 04 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO FX LIVRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTE					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
					NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	6/3/2020
ILV	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				3
2	ACCESSO VENOSO PERIFERICO				7h30
3	SST 0,9% 500ml EV ACM				4h
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H 5V				17h
6	STRAMA 100MG + SF 0,9% EV OU UI EP VO DL 8/8H 5V				8h
7	PLASIL 10 + G EV 8/8H (S/N)				8h
8	CAPTOPRIL 75MG VO SE PAS 150 L OU PAD 110 MMMHG				8h
9	RSSVV - CCGG 6/8H				8h
10	CIPROFLOXACINA 400MG EV 12/12H				8h
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				8h
12	NORIPURON 1AMP + SIO 9% 100ml EV 1X DIA ALTERNADOS				8h
13	CURATIVO DIARIO				8h
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
NOTAS: 1. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE CLAVICULA E COTOVELO ABERTO. 2. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ANTEBRAZO. 3. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE RADIO. 4. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ULNA. 5. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE HUMERO. 6. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE FURCA. 7. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ESCAPULA. 8. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE CLAVICULA. 9. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE COTOVELO. 10. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ANTEBRAZO. 11. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE RADIO. 12. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ULNA. 13. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE HUMERO. 14. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE FURCA. 15. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ESCAPULA. 16. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE CLAVICULA. 17. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE COTOVELO. 18. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ANTEBRAZO. 19. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE RADIO. 20. O PACIENTE PRESENTA FRATURA DE ULNA.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR			DR MARCELO MARQUES		
EXTERNO DE BAL. A SOLICITO NOVOS EXAMES			CRM 1917		
LABORATORIAIS			DR MARCELO MARQUES		
ACORDA PROCELOMENTO CIRURGICO PARA SINTESE			CRM 1918		
DE DEPLAS FRATURAS			DR LEONARDO RABELO		
			CRM 1713		
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	TA	FE
DIH					
24h					
72h					
30d					

13 24 30
27



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 - Versão 06	Data da Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro 2013	Fevereiro 2013
	ENF/LEITO: 328		

Nome: <u>Juliana Mendes</u>			
DATA: <u>13/04/20</u>	Localização / Região		DATA: <u>13/04/20</u>
☐ GRAU - I ☐ GRAU - II			☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Etiologia: ☐ Pressão ☐ I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Queimadura	Pressão: ☐ I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Queimadura		Comprimento: <u> </u> cm Largura: <u> </u> cm Profundidade: <u> </u> cm
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico		Escala: ☐ Escala
Quantidade de Exsudato: ☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Abundante	Quantidade de Exsudato: ☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Abundante		Tipo de Exsudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento ☐ Fibrinoso ☐ Hemorrágico
Dor: ☐ Sim ☐ Não	Dor: ☐ Sim ☐ Não		Olfato: ☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ Evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor	Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor		Prurido: ☐ Sim ☐ Não
Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4%	Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4%		Cobertura primária: ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colágeno ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Curto
Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde		Data da Próxima troca: <u>16/04/20</u>
Em caso de e de 24hs	Em caso de e de 24hs		Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>
Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>		Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>	
OBS:		OBS:	

Este documento, adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Univaler, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

13 04 20

1/1

Handwritten notes and signatures are visible on the document, including "D 13 13 13" in the top left corner and various signatures and stamps throughout the form.

13 04 06

65

DEPARTMENT OF CLINICAL MEDICINE - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

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: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DI	ME	AN	DN
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNOSTICO	FX L VRO ABERTO + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NECA	HAN	NECA	DMZ	NECA
LEI	LEI	LEI	LEI	DATA	05/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA DIETAL LIVRE				12:00
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				12:00
3	ST 0.9% 500ml EV ACM				12:00
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				12:00
5	DIPIRONA 16 EV 12/12H SN				12:00
6	RAMAL 100MG + ST 0.9% EV OU RI CP VO DE 8/8h SN				12:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12:00
8	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS< 160 L/OU PAD> 110 MMMHG				12:00
9	SSVV + COGG 6/6 H				12:00
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				12:00
11	DIPERAN 40 MG SC 1X/DIA				12:00
12	NORIPURUM 1AMP - ST 0.9% 100ml EV 1X DIA ALTERNADOS				12:00
13	CURATIVO DIARIO				12:00
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
NOTA: O PACIENTE DEVE SER MONITORADO DE PRÓXIMO, COM ATENÇÃO ESPECIAL PARA O ESTADO DE CONSCIENTE, VIGILÂNCIA DE SINAIS VITAIS, E MANUTENÇÃO DA VIALIDADE DO SANGUE. EM CASO DE ALTERAÇÃO, NOTIFICAR IMEDIATAMENTE O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA, SOLICITOU NOVOS EXAMES LABORATORIAIS, ATUARÁ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE LÂMINAS FRATURAS			DR. MARCUS BRUNNER CRM 1917 DR. MARCELO MARQUES CRM 1918 DR. LEONARDO RABELO		
DATA S VITAL	FC	FR	TEMP	PA	
06/10	110	22	36,5	120/80	
07/10	110	22	36,5	120/80	
08/10	110	22	36,5	120/80	
09/10	110	22	36,5	120/80	

18 04 20
9



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 Versão 06	Data da Elaboração
	Comissão de Curativo - HC	Ano/Edição: Janeiro - 2015	Fevereiro 2013
	ENF/LEITO:		

Nome: _____			
DATA	Localização / Região	DATA	Localização / Região
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Etiologia	Infecção - ☐ Trauma - ☐ Varicela - ☐ Outras	Infecção - ☐ Trauma - ☐ Varicela - ☐ Outras	Infecção - ☐ Trauma - ☐ Varicela - ☐ Outras
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Aparência do Leito	1) Tipo de granulação: ☐ Contundente	1) Tipo de granulação: ☐ Contundente	1) Tipo de granulação: ☐ Contundente
Características do Exudado	1) Quantidade: ☐ Pouco ☐ Muito	1) Quantidade: ☐ Pouco ☐ Muito	1) Quantidade: ☐ Pouco ☐ Muito
Tipo de exsudato	1) Soro ☐ Fibras ☐ Sangue ☐ Outros	1) Soro ☐ Fibras ☐ Sangue ☐ Outros	1) Soro ☐ Fibras ☐ Sangue ☐ Outros
Cor	1) Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Outros	1) Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Outros	1) Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Outros
Odor	1) Não há odor ☐ Cheiro de podridão ☐ Outros	1) Não há odor ☐ Cheiro de podridão ☐ Outros	1) Não há odor ☐ Cheiro de podridão ☐ Outros
Condição da pele Periférica	1) Normal ☐ Vermelha ☐ Escurecida ☐ Outras	1) Normal ☐ Vermelha ☐ Escurecida ☐ Outras	1) Normal ☐ Vermelha ☐ Escurecida ☐ Outras
Soluções utilizadas	1) Solução de ☐ % ☐ %	1) Solução de ☐ % ☐ %	1) Solução de ☐ % ☐ %
Cobertura primária	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐
Cobertura secundária	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐
Medicação curativa	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐
Data da Próxima troca	1) _____	1) _____	1) _____
Em caso de + de 24h	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐
Assinatura e Ass.	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐
Comunicação e Assinatura do Enfermeiro	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐	1) ☐ ☐ ☐

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Consórcio Soluções Programadas.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas deverão ser avaliadas separadamente.

13 04 30
9



06/10/2020: 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.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB

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: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

13 01 20

DATA	SEDE	USO	QUANTIDADE	ALBETO
01/10/2020	1	1	1	1
02/10/2020	1	1	1	1
03/10/2020	1	1	1	1
04/10/2020	1	1	1	1
05/10/2020	1	1	1	1
06/10/2020	1	1	1	1
07/10/2020	1	1	1	1
08/10/2020	1	1	1	1
09/10/2020	1	1	1	1
10/10/2020	1	1	1	1
11/10/2020	1	1	1	1
12/10/2020	1	1	1	1
13/10/2020	1	1	1	1
14/10/2020	1	1	1	1
15/10/2020	1	1	1	1
16/10/2020	1	1	1	1
17/10/2020	1	1	1	1
18/10/2020	1	1	1	1
19/10/2020	1	1	1	1
20/10/2020	1	1	1	1
21/10/2020	1	1	1	1
22/10/2020	1	1	1	1
23/10/2020	1	1	1	1
24/10/2020	1	1	1	1
25/10/2020	1	1	1	1
26/10/2020	1	1	1	1
27/10/2020	1	1	1	1
28/10/2020	1	1	1	1
29/10/2020	1	1	1	1
30/10/2020	1	1	1	1
31/10/2020	1	1	1	1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	1/3/2020	DIH	DN	###
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO				
HISTÓRICO: FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE				
ALERGIA:	NEGA	HAS	NEGA	DM2
IDADE:	anos	1 FETO	132	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	AC-SSO VENOSO FLUIRERICO			manter
3	FLA 100MG EV 12/12H			06 18
4	DIPROXIL 100MG NO 402mg EV 400mg VO de 12em 12hs			18 22
5	NIFEDIPINA 10MG 100ML 50.0% 1X AO DIA, DIAS ALTERNADOS			18 22
6	DIPROXIL 100MG EV 400mg 1X			18 22 08
7	THAMAL 100MG 100MG 1X EV 100MG 1X VO DE 8:30 SE DOR INTE			SN
8	PLASB 100MG EV 8:30 1X			SN
9	SUBATIVO DIÁRIO			SN
10	NIFEDIPINA 10MG VO 1X PAS 100 L OU PAD 100 MVMHG			SN
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS			ROTINA
12	EXAME 40MG 1X DIA			SN
13	SE DIABÉTICO CONTINUA COM INSULINA REGULAR 30U 20U 10U			SN
14	FONHA 200G 200MG 1X DIA 1X DIA 1X DIA 1X DIA 1X DIA			SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO
HISTÓRICO: FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE
SOLICITAÇÃO: EXAME
EXAME: EXAME 40MG 1X DIA
EXAME: EXAME 40MG 1X DIA

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1918

DR MARCELO STARCUS
CRM 1918

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

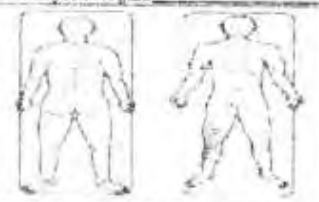
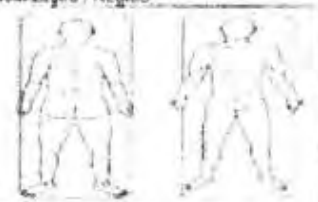
Cirurgião Geral
Téc. de Cirurgia
COREN-RR 001 551 52

Dr. Lavíndio Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1714 2016 114

13 04 20
39



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015		Fevereiro 2015
	ENF/LEITO:			

Nome:	
DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	☐ Pressão ☐ I ☐ II ☐ III ☐ Varizes ☐ Arterial ☐ Diabetes ☐ Insuficiência cardíaca ☐ Trauma ☐ Queimadura
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito	☐ Tecido de granulação ☐ sem esclero ☐ Fibrinoso
Quantidade de Exsudato	☐ Seco ☐ mínimo ☐ médio ☐ pouco ☐ úmido ☐ moderado ☐ molhado ☐ abundante
Tipo de exsudato	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ gélido
Dor	☐ Sim ☐ Não
Odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente quando se olha de cima ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema ☐ Rubor ☐ Fúndido ☐ Outros: _____
Sinalização para limpeza	☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Solução de Hipoclorito de Sódio ☐ Oxigenado 4% ☐ Outros: _____
Cobertura primária (seletiva ou total)	☐ AGC ☐ Colágeno ☐ Sução ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGC ☐ Outros: _____
Flora do curativo	☐ Sim ☐ Não
Data da Próxima troca	☐ Sim ☐ Não
Em caso de 4 de 24hs	
Limbo e ass.	☐ Sim ☐ Não
Ass. em Enfermagem	☐ Sim ☐ Não
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
Obs:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Unixa Lee, Solutionary Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

13 04 2014
9



13
24
20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		*****	
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO						
AGNOSTI FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE						
ALERGIA	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	anos	LEITO	328	DATA	3/3/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	ADESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter
3	TILATIL 20MG EV 2x12H					06 18
4	CIPROFLOXACINO 400mg EV OU 500mg VO de 12em 12hs					10 22
5	NORFLOXAM 1AMP + 100ML BIC 0% 1X AO DIA DIAS ALTERNADOS					12
6	D.P.RONA 1G EV 6/6H S/N					12/18 24 06
7	TRAMAL 100MG + 5F 0.9% EV OU 01 CP VOCE BR 4E DOR INTENS					SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
9	CURATIVO DIÁRIO					
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE HAS - 50L OU PAD 100 MMHG					SN
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS					ROTINA
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABETICO CONTINUA INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA: 200 200 70U DE 12-14 40U DE 18-20 35U DE 22-00 80U DE 00-08 40U DE 10-12 CUIDADOS GERAIS E CUIDADOS GERAIS 40ML EV + 421SAR PLANTONET					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

13 04 20
3



SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		1/3/2020	DIH		DN
					#####
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
AGNOSTI FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	anos	LEITO	328	DATA	3/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL L/M/L				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter
3	TIATIL 20MG EV 12-12H				05 18
4	CIPROFLOXACINO 400mg EV ou 500mg VO de 12em 12hs				10 22
5	NORFLOXAM 1AMP + 100ML S/O 9h 1X AO DIA D/AS ALTERNADOS				12 18 24 06
6	DIPIRONA 1G EV 6-6H S/N				SN
7	TRAMAL 100MG + 5F 0.9% EV OL 01 CR VO 25 0.9% SE DOR INTENSA				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8-8H (S/N)				SN
9	CURATIVO DIARIO				SN
10	CAPTOPRIL 25MG VO 8-8H S/N				SN
11	SINAIS VITAIS E OLIVADOS DE BAIS				ROTINA
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1917

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

13 04 20
3



[illegible]

13 04 90



13 04 20

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MEDICA						
DATA DE ADMISSÃO	1/3/2020	DIH	DN	###		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO	FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE					
ALERGIAS	NEGA	TIAS	NEGA	UM2	NEGA	
IDADE	anos	LETO	32B	DATA	2/3/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO					manter
3	TIATIL 200MG EV 12/12H					
4	C/PROF LOXACINO 400mg EV de 500mg VO de 12em 12hs					10: 22
5	NORFLOXACINA 400mg + 100mg SFO 8H 1X AO DIA, DIAS ALTERNADOS					
6	DITIRONA 1G EV 6/6H S/N					12 18 24 06
7	DIAVAL 100MG + SP 2 900 EV 12/12H CP VO DE 8/8H 500MG INTENSA					SN
8	FL/SI 10 mg EV 8/8H S/N					SN
9	CURATIVO DIARIO					
10	CAPTOPRI 25MG VO 5X DIA + ACE E OU PAD 100 MMHG					SN
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS					ROTINA
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SD) CONFORME TABELA: 200-250 2UI 250-350 4UI 350-450 6UI 450-600 8UI 600-800 10UI 800-1200 12UI GLICOSE 50-100 MG/LV + AVISAR PLANTONIA						
EVOLUÇÃO MEDICA:						
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917 DR MARCELO MARQUES CRM 2918						
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	120/70	80		36,5	E E	
12 H						
18 H						
24 H						





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

SE TOR: HC INF: 3B Data: 30/03/2020 DN: 16/02/1996 D/EHC: 01/03/2020

NOME: JULIO MENEZES PALACIO

HD: Anemia + Fratura do cotovelo, antebraço, clavícula, pérfica (em livro aberto)

DATA/HORA: 01/03/2020

HORARIO: 08h

PRESCRIÇÃO

PRESCRIÇÃO

1. Dieta com 30% conforme prescrição

2. Acesso venoso: punção Membro Superior 20ml a cada 7 dias

3. Sulfam 500mg IV de 12/12h - 30 dias

4. Ciprofloxacina 400mg IV de 12/12h - 30 dias

5. Oximetopaz 12/12h

6. Norquetidol 100mg IV de 12/12h - 30 dias

7. Dipirona 1g IV de 6/6h

8. Simeticona 80mg via oral de 8/8h

9. Omeprazol 40mg IV de 12/12h - 30 dias

10. Clindamicina 600mg via oral de 8/8h

11. Clindamicina 80mg via endovenosa 8/8h (via SN)

12. Cloxacina 400mg SC de 12/12h - 30 dias

13. Comunicar infecções ao plantonista

14. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

15. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

16. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

17. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

18. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

19. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

20. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

21. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

22. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

23. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

24. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

25. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

26. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

27. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

28. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

29. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

30. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

31. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

32. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

33. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

34. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

35. Sinais vitais 6 horas em 24h - conforme necessidade

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR 50

Até 200 U

201 - 250 U

251 - 300 U

301 - 350 U

351 - 400 U

401 - 450 U

451 - 500 U

501 - 550 U

551 - 600 U

601 - 650 U

651 - 700 U

701 - 750 U

751 - 800 U

801 - 850 U

851 - 900 U

901 - 950 U

951 - 1000 U

1001 - 1050 U

1051 - 1100 U

1101 - 1150 U

1151 - 1200 U

1201 - 1250 U

1251 - 1300 U

1301 - 1350 U

1351 - 1400 U

1401 - 1450 U

1451 - 1500 U

1501 - 1550 U

1551 - 1600 U

1601 - 1650 U

Call 50% 40 ml IV, em bolus, se Glicemia > 70 mg/dl

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

Horário	06h	12h	18h	24h
PA				
FC				
TA				
FR				
Exatidão				
Diurese				
Deitado				
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				
Responsável				

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Polegar Direito



William Gonçalves Franco
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDEM TODOS O TERRITÓRIOM NACIONAL

REGISTRO GERAL 239717
DATA DE EMISSÃO 13/10/2016

NOME
WILLIAM GONÇALVES FRANCO

SOLUCÃO

GERALDO ROCHA FRANCO
MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO
TMT, POLICIA

SANTA INÊS - MA 09/12/1978
DOC. ORDEM

CERTO CAS 10492 FL5 292 LIV B-35
2 OF BOA VISTA - RR

825.396.343-20
2 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Polícia Papiloscópica da Polícia Civil
Banco de dados

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200300344

Cidade: Rorainópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do acidente: 08/02/2020

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DE OLÉCRANO DIREITO.
FRATURA DE RÁDIO E ULNA DIREITA.
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA.
FRATURA DISTAL DE FEMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS-MEMBRO SUPERIOR // FIXADOR EXTERNO-MEMBRO INFERIOR).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:
Nome do documento
faltante:
Apontamento do Laudo
do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das
sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO DIREITO E LEVE
DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:
Observações: PÁG. 22/35/55_CIRURGIA / PÁG. 179_EXAME DE IMAGEM.
PÁG. 6/180 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 12/08/2020 DR. MARCUS BRUNNER CRM-RR 1917

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

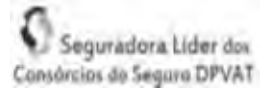
DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			36,25 %	R\$ 4.893,75

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJYKU 5TJD2 23NHU NHPPB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217588/20

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do acidente: 08/02/2020

CPF: 032.685.812-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO MENEZES PALACIO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JULIO MENEZES PALACIO : 032.685.812-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Julio Menezes Palacio
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 032.685.812-18 ENDEREÇO: R. Sebastião Arripaia 441
BAIRRO: Silvânia Bela CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.314-308

VÍTIMA: Julio Menezes Palacio
CPF: 032.685.812-18 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 828.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11- 299 Laura Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides 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 RR, 24 de julho de 20 20

Julio Menezes Palacio
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Julio Menezes Palacio
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 032.685.812-18 ENDEREÇO: R. Sebastião Arripaia 441
BAIRRO: Silveira Leite CIDADE: Bom Jesus
CEP: 69.314-308

VÍTIMA: Julio Menezes Palacio
CPF: 032.685.812-18 DATA DO ACIDENTE: _____
NATUREZA: ☐ DAMS ☒ INVALIDEZ ☐ MORTE

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Frazão
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 239717 ÓRGÃO EMISSOR: SSP RR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.16
Nº CPF: 828.396.343-20
ENDEREÇO: Rua CC 11- 299 Louro. Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalides 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.

Bom Jesus RR. 24 de julho de 20 20

Julio Menezes Palacio
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217588/20

Vítima: JULIO MENEZES PALACIO

Data do acidente: 08/02/2020

CPF: 032.685.812-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO MENEZES PALACIO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

JULIO MENEZES PALACIO : 032.685.812-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

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-D73D-4232-8033-7CC99430A9D4

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:

[illegible]

Representante legal da empresa

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



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-5 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

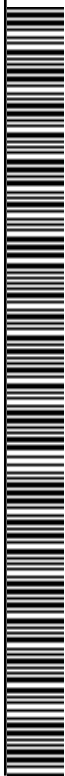
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149055 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD5974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo. Pag. 2/13



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validado digitalmente em <https://projudi.trf.us.br/projudi/> Identificador: B11 DB DBM7C VE8Q3 I E5AB



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



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

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

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

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

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

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

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

5. ORDEM DO DIA: deliberar sobre:

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

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

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

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.juceja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCEJA
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
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 n° 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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





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.

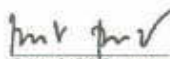
Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

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 investitura 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

Bernerdo 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: 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.

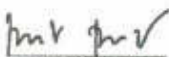
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados 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	ADB28690 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: CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ		
Em testemunho da verdade.	Serventia Paula Cristina A. D. Gaspar	3.9% Escrevente
Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.	Total	CTPS 46062 série 06077 ME
ETLP-56891 NRE, ETLP-56892 DRS		Art. 20 § 3º Lei 8.936/94
Consulte em https://ww3.tirijus.br/sitepublico		



SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **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.**; **SUHAÍ 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



Data: 07/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO

Por: EGILAINÉ SILVA DE CARVALHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Ato Ordinatório



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
5ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: Scivelresidual@tjrr.jus.br

Proc. n.º 0824519-62.2020.8.23.0010

ATO ORDINATÓRIO

Certifico que, a contestação apresentada no EP. 09 é **TEMPESTIVA**.

INTIMAR a parte autora para, querendo, apresente réplica, no prazo legal.

INTIMAR, de ordem do MM. Juiz de Direito respondendo pela 5ª Vara Cível, nos moldes do art. 465, § 1º, do CPC, as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias contados da intimação deste despacho/ato, indicar assistente técnico, apresentar quesitos e, querendo, arguir impedimento ou suspeição do Perito(a) Judicial nomeado(a).

Em ato contínuo, **INTIMAR** a parte requerida para pagamento dos honorários periciais

Boa Vista/RR, 7/10/2020.

EGILAINE SILVA DE CARVALHO
Analista Judiciária



07/10/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 07/10/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/10/2020)

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO

07/10/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 07/10/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de JULIO MENEZES PALACIO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/10/2020)

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO

08/10/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 08/10/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 08/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/10/2020) e ao evento de expedição seq. 11.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

12/10/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 12/10/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de JULIO MENEZES PALACIO) em 13/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 10) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/10/2020) e ao evento de expedição seq. 12.

Por: Wallyson Barbosa Moura

15/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 15/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Complemento: Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE ATO
ORDINATÓRIO (07/10/2020)

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição

2755998- C3/ 2020-03728/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08245196220208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIO MENEZES PALACIO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao despacho proferido por este Juízo, apresentar os seus quesitos.

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
 - 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
 - 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
 - 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
 - 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
 - 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
 - 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (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.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



19/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE.

Data: 19/10/2020

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição
- GUIA DE DEPOSITO

2755998- C3/ 2020-03728/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08245196220208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIO MENEZES PALACIO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

BOA VISTA, 16 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR



			Nº DA CONTA JUDICIAL 1200115917448				
Nº DA PARCELA 0		DATA DO DEPÓSITO 15/10/2020		AGÊNCIA (PREF / DV) 3797		TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL	
DATA DA GUIA 14/10/2020		Nº DA GUIA 2755998		Nº DO PROCESSO 08245196220208230010		TRIBUNAL TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA BOA VISTA		ORGÃO/VARA 5 VARA CIVEL RESIDUAL		DEPOSITANTE RÉU		VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A				TIPO DE PESSOA Jurídica		CPF / CNPJ 09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE JULIO MENEZES PALACIO				TIPO DE PESSOA Física		CPF / CNPJ 03268581218	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA BE89CB024A2A7F45							
CÓDIGO DE BARRAS							



Data: 06/11/2020

Movimentação: DECORRIDO PRAZO DE JULIO MENEZES PALACIO

Complemento: (P/ advgs. de JULIO MENEZES PALACIO *Referente ao evento (seq. 10)
JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (07/10/2020) e ao evento de expedição seq. 12.

Por: SISTEMA CNJ

10/12/2020: JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO.

Data: 10/12/2020

Movimentação: JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO

Por: Arielly Né de Almeida

Relação de arquivos da movimentação:

- Pedido de juntada

CERTIDÃO – DESIGNAÇÃO DE PERÍCIA

Certifico e dou fé, em cumprimento a decisão judicial proferida nestes autos, que o perito **Pedro Di Giovanni** agendou o **dia 29/01/2021, a partir das 08:30h**, por ordem de chegada, para a realização da perícia designada, que **ocorrerá em seu consultório médico, localizado à Avenida Getúlio Vargas, nº 5250, Centro (próximo a Praça da Bandeira), Boa Vista-RR.**

Certifico, ainda, que a parte autora deverá comparecer na mencionada data, no local acima indicado, e apresentar os seus documentos pessoais, com a documentação médica referente ao caso, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários.

A parte autora ficará desde já cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da produção da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

Do que, para constar, lavro a presente certidão.

Boa Vista-RR, 10/12/2020.


ADAHRA CATHARINE REIS MENEZES
Diretora de Secretaria



10/12/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 10/12/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de JULIO MENEZES PALACIO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (10/12/2020)

Por: Arielly Né de Almeida

10/12/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 10/12/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (10/12/2020)

Por: Arielly Né de Almeida

10/12/2020: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA.

Data: 10/12/2020

Movimentação: HABILITAÇÃO PROVISÓRIA

Complemento: Perito Oficial: PEDRO DI GIOVANNI habilitado até 20/03/2021 (100 dias)

Por: Arielly Né de Almeida

11/12/2020: EXPEDIÇÃO DE MANDADO.

Data: 11/12/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO(10/12/2020 10:29:03). Natureza: Intimação. Parte: JULIO MENEZES PALACIO.

Identificador do Cumprimento: 0001

Por: EGILAINE SILVA DE CARVALHO

Relação de arquivos da movimentação:

- Intimação



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
5ª VARA CÍVEL - PROJUDI

Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95) 3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br

MANDADO DE INTIMAÇÃO

Processo: 0824519-62.2020.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$13.500,00
Autor(s) JULIO MENEZES PALACIO Rua Sebastião Ari Paiva, 441 - Doutor Sílvio Leite - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-358
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

PESSOA A SER INTIMADA:

Autor(s)

JULIO MENEZES PALACIO

Rua Sebastião Ari Paiva, 441 - Doutor Sílvio Leite - BOA VISTA/RR - CEP: 69.314-358

O MM. Juiz de Direito, **Dr. EDUARDO MESSAGGI DIAS**, titular da 5ª Vara Cível da Comarca de Boa Vista/RR, determina que o Sr. Oficial de Justiça a quem este for distribuído que, em cumprimento deste, proceda a **INTIMAÇÃO** da parte autora para comparecimento à **perícia designada para o dia 29/01/2021, a partir das 8 horas e 30 minutos**, por ordem de chegada, a qual será realizada pela médico-perito **PEDRO DI GIOVANNI**, em seu consultório, localizado na Avenida Getúlio Vargas, nº5250, Centro (próximo à praça da Bandeira), Boa Vista/RR.

ADVERTÊNCIA: A parte autora fica desde já cientificada do seu dever de comparecer à perícia agendada, sendo que a sua falta injustificada acarretará na preclusão da produção da prova pericial, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

OBSERVAÇÃO: A parte autora deverá comparecer pessoalmente na data e local acima indicados, e apresentar os seus documentos pessoais, boletim de ocorrência do acidente de trânsito, bem como da documentação médica referente ao ocorrido, que consiste no prontuário médico, eventuais exames e receituários.

No cumprimento da(s) diligência(s) o Sr. Oficial de Justiça deverá observar o disposto no art. 212 do CPC.

Boa Vista/RR, 11/12/2020.

Egilaine Carvalho

Técnica Judiciária

Por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 5ª Vara Cível

Observações: 1 - Este processo tramita através do sistema computacional E-CNJ (Projudi), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para se habilitar neste envie a documentação (procurações, cartas de preposição, contestações) pertinente diretamente pelo sistema em arquivos com no Máximo 3MB cada. 2 - Caso o Advogado/Defensor/Procurador não esteja cadastrado no sistema PROJUDI, entrar em contato com a seção de Help Desk, localizada no prédio anexo ao Fórum Adv. Sobral Pinto, em horário comercial. Informações adicionais: atendimento@tjrr.jus.br ou (95) 3198-4141.

14/12/2020: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO.

Data: 14/12/2020

Movimentação: REGISTRO DE DISTRIBUIÇÃO DE MANDADO

Complemento: Distribuição realizada referente ao Mandado expedido (seq. 22) em 11/12/2020

12:58:45. Tipo: Distribuição Inicial Automática. Oficial de Justiça Designado: JECKSON LUIZ

TRICHES. Parte: JULIO MENEZES PALACIO

Por: Giceane Moraes Da Silva

17/12/2020: RETORNO DE MANDADO.

Data: 17/12/2020

Movimentação: RETORNO DE MANDADO

Complemento: Referente ao evento (seq. 22) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (11/12/2020 12:58:45). Parte: JULIO MENEZES PALACIO

Por: JECKSON LUIZ TRICHES

Relação de arquivos da movimentação:

- Certidão de Oficial de Justiça



Central de Mandados

Certidão

Processo: 0824519-62.2020.8.23.0010 **Urgente:** Não
Parte: JULIO MENEZES PALACIO
Endereço: Rua Sebastião Ari Paiva, n 441 - Doutor Sílvio Leite, BOA VISTA - RR, 69314-358
Latitude/Longitude: 2.820736/-60.7457125

Certifico que, em cumprimento à determinação judicial, no dia 17/12/2020 às 17:34, DEIXEI DE PROCEDER a Intimação à(o) Promovente JULIO MENEZES PALACIO. destinatário: QUE mudou-se para novo endereço desconhecido QUE as informações foram prestadas pelo(a) terceiro(a) Claudenor Lima da Silva Fui informado pelo tio do citado, de que o Sr Júlio atualmente reside em Nova Colina, município de Rorainópolis.

JECKSON LUIZ TRICHES

Assinatura validada pelo sistema Mandamus/TJRR, em 17/12/2020

Certidão gerada de acordo com a Portaria nº 257, de 08/07/2020 (DJe nº 6719), e suas alterações, que implanta o Sistema Mandamus como ferramenta para o cumprimento de diligências.



18/12/2020: JUNTADA DE COMPROVANTE.

Data: 18/12/2020

Movimentação: JUNTADA DE COMPROVANTE

Complemento: Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 22) em 11/12/2020 -
Referente ao evento JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (10/12/2020). Parte: JULIO
MENEZES PALACIO

Por: Arielly Né de Almeida

18/12/2020: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 18/12/2020

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de JULIO MENEZES PALACIO com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 24) RETORNO DE MANDADO (17/12/2020)

Por: Arielly Né de Almeida

18/12/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 18/12/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 18/12/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (10/12/2020) e ao evento de expedição seq. 20.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

21/12/2020: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 21/12/2020

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de JULIO MENEZES PALACIO) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 18) JUNTADA DE MANIFESTAÇÃO DO PERITO (10/12/2020) e ao evento de expedição seq. 19.

Por: SISTEMA CNJ