

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2865449120201006161135

Processo 0824519-62.2020.8.23.0010 ☆ - (12 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9500 por pág.1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
9	06/10/2020 16:11:35	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		9.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2755998CONTESTACAO01.pdf Público 9.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2755998CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 9.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público	
8	29/09/2020 15:53:39	LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA 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.	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
+ 7	29/09/2020 14:38:30	EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis	EGILAINE SILVA DE CARVALHO Analista Judiciária
+ 6	25/09/2020 14:18:08	CONCEDIDO O PEDIDO	EDUARDO MESSAGGI DIAS Magistrado
5	23/09/2020 16:35:19	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	23/09/2020 16:35:18	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	23/09/2020 16:35:18	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	23/09/2020 16:35:18	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 5ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
+ 1	23/09/2020 16:35:18	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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.



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: 032.685.812-18 3 - CPF da vítima: 032.685.812-18 4 - Nome completo da vítima: 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: 032.685.812-18
7 - Profissão: Autônomo 8 - End. Res: R: Sebastião Deppeira 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): 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 2
(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 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: ☐ falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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 RR 23 de julho de 2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Julio Muniz Palacios
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves



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: 2051887/ 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 PÁLCIO 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	INFRAÇÃO	DESCRIÇÃO
1001	INFRAÇÃO DE TRÂNSITO	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 PHB-8385, quando um dado momento seu filho derrapou e colidiu com o caminhão, sofrendo Grave Lesão, tendo quebrado Fêmur 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: 222.685.812-18 3 - CPF da vítima: 222.685.812-18 4 - Nome completo da vítima: 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: 222.685.812-18
7 - Profissão: Autônomo 8 - End. Res: R. Sebastião Miguira 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): 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)

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 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: ☐ falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - 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: Boa Vista RR 23 de julho de 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Julio Muniz Palacios 42 - Assinatura do Procurador (se houver): William Gonçalves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2015

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 388/13

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		DADOS DA LEITURA	
Atual:	73075	Atual:	18/07/2019
Anterior:	72424	Anterior:	17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/03/2019
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		CONSUMO	651 A R\$ 0,764602 = 497,75
JUN/19	238	ILUMINACAO PUBLICA	25,53
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:
Q A 651 = 0,634620

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

Fornecedor de energia elétrica a partir de 02/06/2019. O valor das contas reavaliadas nesta fatura é de R\$ 262,05. O valor das contas reavaliadas nesta fatura é de R\$ 262,05. O valor das contas reavaliadas nesta fatura é de R\$ 262,05. O valor das contas reavaliadas nesta fatura é de R\$ 262,05.

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

SEU CÓDIGO 0062263-0
MÊS FATURADO 07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 523,28
VENCIMENTO 06/08/2019

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

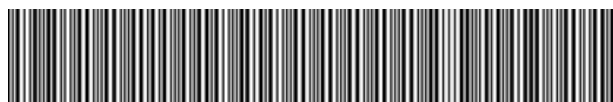
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 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. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS 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 Palácio inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.685.812 / 18

do sinistro de DPVAT cobertura incóliz da vítima Julio Menezes Palácio

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 Preto</u>	Cidade: <u>Barro Preto</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 Preto 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. lumb. c/ + 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>	
	Medico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM:	<u>Leilio</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 ☐ Umida ☐ 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	
MATERIAL E MEDICAÇÃO	

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 Suspeita de fratura



ombro direito punho direito



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, lesões
visíveis - o mesmo relatou que ao cair estava de capote por
retardar depois. O mesmo sofreu múltiplas fraturas (suspeita).
Suspeita de fratura de fêmur D; Suspeita Rôdia e uma D e suspeita
Suspeita de fratura de clavícula D. corte contuso no queixo, —
Socorro logo 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 / CARG. PROFESSOR / 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. INSTRUMENTO
PA CARREGADEIRA

NÍVEL
01

DT. EMISSÃO
04/15/2015

VALIDADE
09/02/2018

DT. 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.
Mecânico, portador de diabetes, com
fratura em crânio (D) + costela (D)
+ ossos do antebraço (D) + fêmur (D) +
bacia. Já apresenta osteossíntese.
Hoje encontra-se com severamente
doloroso e frígido. Impossível
de manter 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				CNES 7521251			
Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL LOTTY IRIS				CNES 7521251			
Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL LOTTY IRIS							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente JULIO MENEZES PALACIO		Cartão Gestante		Nome Social		Nº Prontuário 17253	
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 203163415890003		Data de Nascimento 16/02/1996		Sexo Masc ☒ 1 Fem ☐ 3		Raca / Cor PARDALENSE	
Nome da Mãe SILVANIA MARIA DE MENEZES				DDD		Telefone de Contato	
Nome do Responsável JULIO MENEZES PALACIO				DDD		Telefone de Contato	
Município de Nascimento URUARA		UF PA		Nacionalidade BRASILEIRA		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) LOGRADOURO DE RORAINOPOLIS	
Nº 104		Bairro MUNICIPIO		Município de Residência RORAINOPOLIS		Código IBGE do Município 1400472	
Ponto de Referência		Documento		RG 7570254 CPF 03268581218		Ass. e Carimbo do Diretor Clínico	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante		Nº Cons. Classe		CPF			
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 fratura do fêmur		CID 10 Principal		CID 10 Secundário		CID 10 Causas Associadas	
Nº Notific. Compulsória							
PROCEDIMENTO SOLICITADO				Código do Procedimento Solicitado 10102019			
Descrição do Procedimento Solicitado VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)				Leito Complementar B - B26			
Tipo do Caráter de Internação ☐ Urgente ☒ Eletivo		Clínica CLÍNICA MEDICA					
Equipamentos Requeridos para Internação							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
Nome do Profissional Solicitante LAEL SILVA		Documento ☒ CPF ☐ CNS		Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assinante 81438630263		Nº do Conselho de Classe 2015	
Data da Solicitação 04/04/2020		Assinatura e Carimbo do Profs. Solicitante/Nº do Conselho de Classe		Data Desseada para Internação 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 ALEXANDRE SALOMAO DE OLIVEIRA		Documento ☒ CPF ☐ CNS		Nº do CNS/CPF Profs. Autorizador 61405558253			
Data da Autorização / /		Código do Órgão Emissor					
Nº Registro Cons. de Classe 814		Ass. do Autorizador/Carimbo					
(Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)							

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 CPF: 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 |

14 16 22 04 10

16 00 16 22 04

16 04

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

5/5

10 CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - 1 COM, SE NECESSÁRIO

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

VO

5/5

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

8/8h se dor intensa

IV

5/5

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
CPF: 000.000.000-00
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



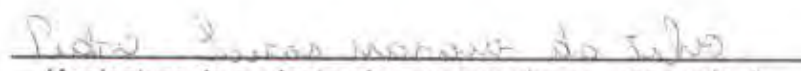
- ✓ Vestidos e blusas tomara-que-caia;
- ✓ Roupas transparentes, decotadas, costas nua e colada ao corpo;
- ✓ Joias, bonés.

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 as 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: <u>P. G. R. NIR</u>		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: <u>Julia Meneses Palácio</u>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>178589</u>										
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>2031163415890003</u>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>10/02/96</u>										
9 - SEXO: ☒ MASC ☐ FEM		10 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO:										
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Silviana Maria de Menezes</u>		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: <u>Doença com fratura em boneco aberto</u>												
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Internação</u>												
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>História + Exame físico + Radiografia</u>												
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura em boneco aberto</u>												
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 DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:										
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>08/07/20</u>		32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Dr. Odineia Okemi</u> <u>Médico Residente</u> <u>Registro do Conselho</u> <u>00000000000000000000</u>										
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										
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:										
45 - DOCUMENTO: ☐ CNS ☐ CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:										
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>08/07/20</u>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):										
0408040754 5334												



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

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 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

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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 DO REGISTRO DO CONSELHO

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

46 - DOCUMENTO

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - 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				12.
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				16. 08
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	Clax 400 SC 1x12 18 pontos curativos				OK.
16	fa fardam.				
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	20.6°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ponto internado às 17:30
com acesso venoso feito
medicação: OK.

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

EXEMPLO DE COMO DEVERIA SER O DOCUMENTO

3

Katiane 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

Katiane 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 sonda intra-uterina;
2. AA + OCE;
3. RMS + Colocação de FE em disco (2 para um lado com sonda intra-uterina) + antena unidirecional + antena;
4. A RJA.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RJ 2007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Pacífica do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

João Henrique Palmar *29* *29/02/20*

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

AGENTES	Nº 20	15	30	45	12	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
	02																	
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M	<i>SF</i>															
	F	M	<i>SF</i>															
DA	°C	240	<i>100 100 100 100</i>															
ULSO	38	320																
ANES	36	200																
A	34	180																
Q	32	160																
Q	30	140																
TEMP	120																	
ASPIR	100																	
A	80																	
RESP	60																	
D	40																	
	20																	
Expon																		
Assist																		
Contro																		
SÍMBOLOS																		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES															
A <i>100mg</i>	<i>100mg</i>	<i>RAQUIDIANE P/anal</i>	<i>CHUCK 100mg 04</i>															
B <i>50mg</i>	<i>50mg</i>	<i>Clonazepam 0,5mg</i>	<i>MONITORIA SpO2, FC, PA, PR, AG.</i>															
C <i>120mg</i>	<i>120mg</i>	<i>Le-13 Anest. 200mg</i>	<i>① BUP ② CIVAZOL</i>															
D <i>200mg</i>	<i>200mg</i>	<i>Propofol</i>	<i>③ Sedação - 100mg</i>															
E <i>100mg</i>	<i>100mg</i>	<i>Ureia de espantoso</i>	<i>100mg</i>															
F		<i>Ureia de espantoso</i>	<i>100mg</i>															
G			<i>100mg</i>															
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngeo	<i>100mg</i>															
NDGD		Naso / Orofaríngeo - Cópia	<i>100mg</i>															
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo	<i>100mg</i>															
		Solu Músculo	<i>100mg</i>															
		Dificuldade Técnica	<i>100mg</i>															
TOTAL			TEMPO DE ANESTESIA															
OPERAÇÃO			ANOTAÇÕES															
<i>Procedimento de cirurgia</i>			<i>LAZAR - 100mg</i>															
ANESTESIA			PERDA SANGÜÍNEA															
<i>LAZAR</i>			<i>LAZAR - 100mg</i>															

Armando C. Pinto
MÉDICO
CRM/R 1025



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Julio Mendes Palacios</i>		APT OU LEITO <i>PRAR-Rx42</i>	Nº DO PRONTUÁRIO <i>00176589</i>	DATA <i>29/02/20</i>	
CIRURGIA					
TIPO <i>(RM5+ esclerose) Tratamento cirurgico de tumor de pele aberto com base</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO <i>12:30</i>	FIM <i>12:35</i>	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. F. F. F. F.</i>	ANESTESISTA: <i>Dr. A. A. A.</i>				
1º AUXILIAR <i>Dr. M. M.</i>	RES. ANESTESIA: <i>Dr. R. R. R.</i>				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
		CIRCULANTE	<i>Valéria / Max / Nêusa</i>		
TIPO DE ANESTESIA: <i>Rapida 13.55</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>7</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<i>7</i>	ERASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	
<i>7</i>	PACOTES GAZE		<i>7</i>	<i>Exata de Anestesia</i>	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>7</i>	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº <i>2.0</i>	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURI Nº <i>35</i>			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	
<i>1</i>	SERINGA 05 ML		<i>150ml</i>	CERA P/ OSSO <i>Microchase</i>	
<i>1</i>	SERINGA 10ML		<i>15ml</i>	KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 20ML		<i>7</i>	GEOFOAM <i>Stead a 70</i>	
<i>150ml</i>	<i>Procedimento Tópico</i>		<i>7</i>	FITA CARDIACA <i>catgut a 2</i>	
			<i>7</i>	OUTROS: <i>Elutades</i>	
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
	<i>Gabriel</i>				
	<i>Aline</i>				
FUNCIONARIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA				
	<i>Nêusa /</i>	TAXA DE SALA			
	<i>Valéria / Max</i>	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: <i>Ortopedia</i>		Procedimento Realizado: <i>Tratamento cirúrgico de lesão do ligamento cruzado anterior</i>	
Nome do Paciente: <i>Julio Mendes Pereira</i>		IDADE: <i>34</i>	SEXO: F () M (x)	Nº do Prontuário <i>0058589</i>	Data <i>29/02/2020</i>
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>6</i>	Circulante de Sala: <i>Wagner/2016/1/Mar</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: <i>ex. fixação cirúrgica</i> <i>Fixador</i>					

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 Trânsito
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: enq.me.hor@mail.com

5. Placa
6. Incisão
7. Cateter O2
8. Vendicise
9. SNG/SNE
10. Garrote
11. TOT () Não () Sim N°
12. SVD () Não () Sim N°
13. Outros:
Finais Vitais: Saída da SO
A. Regular () Irregular
B. SARA () UTI () outros:
C. R. mmHg SAT rpm

Serie 001

1.1 da Nota
1

135

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
CEP
69312-470
DATA DA SAÍDA/ENTRADA
NOVO PLANALTO
PONE / FAX
9521210521
INSCRIÇÃO ESTADUAL
HORA DA SAÍDA/ENTRADA
V. ICMS UF REMET 0,00
V. ICMS UF DEST 0,00
V. TOT. TRIB 0,00
VALOR DO FCP 0,00
VALOR DO PIS 0,00
V. TOTAL PRODUTOS 72.000,00
VALOR DA COFINS 0,00
V. TOTAL DA NOTA 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
DERECHO MUNICÍPIO UF INSCRIÇÃO ESTADUAL
ANTIDADE ESPECÍF MARCA NUMERAÇÃO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

DIGO 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
OPÇÃO OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL
RESERVADO AO FISCO

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





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

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	GILLES MARIANO NOLAN				
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				SIN
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SIN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				08/16/24
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				18
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	Oxirina 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:

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^a Amelia de S. Aguiar
166. de Enfermagem
COREN/RR 907.678-1E

DR. BERNARDO GONZAGA
CRM-RR 1995

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 clavícula com fratura humero + fratura ulna				
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	Transferência 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			

MEDICO 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 _____



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 claustrum / ceratoma / ANTEANTIGO / FEMUR / TUMOR
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 distal, 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						6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO			
203163415890003						10/02/1996			
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						9 - SEXO			
Silvânia Maria de Menezes						Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
Povão novo						15 - UF			
						16 - CEP			
						17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
						JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
						Fracasso de fixação de archede de transito com múltiplos pontos (clavícula, Antebraço, cotovelo, punho, e) pelvis em litro aberto			
						18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
						+ TC crânio + supere crânio			
						19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
						Artroroscopia + RX + Ex. físico			
						20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
						Múltiplos pontos			
						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			
						29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
						Dr. Pedro de S. Fausto			
						30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
						31 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
						08/02/20			
						32 - ASSINATURA			
						Mecenas Resende			
						Ortopedia e Traumatologia			
						CRM-RR-2028			
						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			
						46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
						47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
						48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
						0408040754 → 5333			
						0408050519 → 5773			

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		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - 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	
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 axial rotação;
2. AA + CCE;
3. Colocação de FE um dia (2 pontos um cada ponta alínea) + canturela endoscópica + colocação de FE amarrando fuso fixando um coxa (D) canturela endoscópica + elástico;
4. A RPA

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

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007

991196794

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potomota dos Brasileiros"

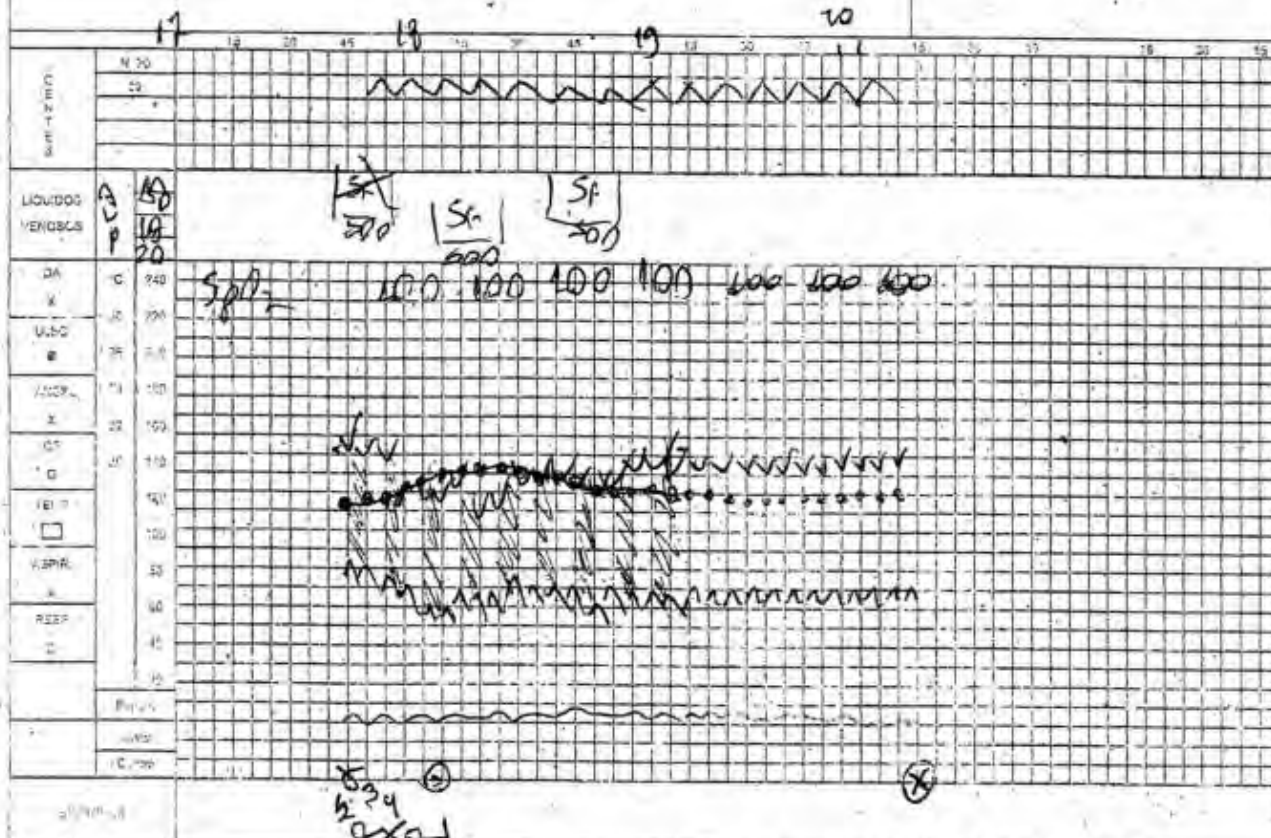
FICHA DE ANESTESIA

Julia Meneses Paletina

09/02/20

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nexen 100mg



ANESTESIA	DOSES	NOTAS	NOTAS
1. Fentanil 100mcg	2. Propofol 100mg	3. Remédios pré-med	4. Monitor: SpO2, FC, PA, V, etc.
5. RUPAC 100mg	6. RUPAC 100mg	7. RUPAC 100mg	8. RUPAC 100mg
9. RUPAC 100mg	10. RUPAC 100mg	11. RUPAC 100mg	12. RUPAC 100mg
13. RUPAC 100mg	14. RUPAC 100mg	15. RUPAC 100mg	16. RUPAC 100mg
17. RUPAC 100mg	18. RUPAC 100mg	19. RUPAC 100mg	20. RUPAC 100mg
21. RUPAC 100mg	22. RUPAC 100mg	23. RUPAC 100mg	24. RUPAC 100mg
25. RUPAC 100mg	26. RUPAC 100mg	27. RUPAC 100mg	28. RUPAC 100mg
29. RUPAC 100mg	30. RUPAC 100mg	31. RUPAC 100mg	32. RUPAC 100mg
33. RUPAC 100mg	34. RUPAC 100mg	35. RUPAC 100mg	36. RUPAC 100mg
37. RUPAC 100mg	38. RUPAC 100mg	39. RUPAC 100mg	40. RUPAC 100mg
41. RUPAC 100mg	42. RUPAC 100mg	43. RUPAC 100mg	44. RUPAC 100mg
45. RUPAC 100mg	46. RUPAC 100mg	47. RUPAC 100mg	48. RUPAC 100mg
49. RUPAC 100mg	50. RUPAC 100mg	51. RUPAC 100mg	52. RUPAC 100mg
53. RUPAC 100mg	54. RUPAC 100mg	55. RUPAC 100mg	56. RUPAC 100mg
57. RUPAC 100mg	58. RUPAC 100mg	59. RUPAC 100mg	60. RUPAC 100mg
61. RUPAC 100mg	62. RUPAC 100mg	63. RUPAC 100mg	64. RUPAC 100mg
65. RUPAC 100mg	66. RUPAC 100mg	67. RUPAC 100mg	68. RUPAC 100mg
69. RUPAC 100mg	70. RUPAC 100mg	71. RUPAC 100mg	72. RUPAC 100mg
73. RUPAC 100mg	74. RUPAC 100mg	75. RUPAC 100mg	76. RUPAC 100mg
77. RUPAC 100mg	78. RUPAC 100mg	79. RUPAC 100mg	80. RUPAC 100mg
81. RUPAC 100mg	82. RUPAC 100mg	83. RUPAC 100mg	84. RUPAC 100mg
85. RUPAC 100mg	86. RUPAC 100mg	87. RUPAC 100mg	88. RUPAC 100mg
89. RUPAC 100mg	90. RUPAC 100mg	91. RUPAC 100mg	92. RUPAC 100mg
93. RUPAC 100mg	94. RUPAC 100mg	95. RUPAC 100mg	96. RUPAC 100mg
97. RUPAC 100mg	98. RUPAC 100mg	99. RUPAC 100mg	100. RUPAC 100mg

Alberto F.M. Herrera
Médico-Anestesiologista
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	
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO

Ficção de Quadril + Fixação de	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
2ª artroscopia do "D"	18:15	20:22	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE

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			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	
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	Elizangela	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, pé, costela 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: 22 04 10
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
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	Ulexane 40mg 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	Júlio César de Oliveira			
AGNÓSTICO	Paciente com lesão aberta + FX. humer. + FX. ulnare + FX. da base do			
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	DATA	07.02.2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			NAO
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			34 DE 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			SND
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			46-22-04-10
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
TREN-RR 599.293-TE

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				9h
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				At 6h
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				9h
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				9h
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: # CONDUÇÃO: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
Clínica 120-2 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	21		
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					
AGNÓSTICA 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				
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

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

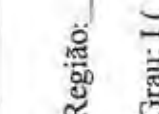


06h PA 120x80
P: 78
T: 36°C

07-13h - Paciente acordado, higienizado no
leito, realizado troca de lençol, diátese presente
em SVD com 800ml. Sem queixos, segue
aos cuidados da equipe. Rec. Srt. Kessany
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: <u>Junior Menezes</u>		Data: <u>30/02/2020</u>			
Leito: <u>120.2</u>					

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

[illegible]

22h. medicado e p.m. apre-
nido SSVU, segue aos
cuidados. Jacqueline de Aguiar

Jacqueline *[assinatura]* de Aguiar
Técnica em enfermagem
COREN/PA 54997-TE

Tarde - 53 VU
ADM - conforme Prescrição Médica
Atividade gerai. Feito
1 litro de leite - demonstrado por não ter
no petar

Geozilande Melo da Souza
COREN-RR 292.369 - TE

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			
3	SF 0,9% 500ML EV 8/H			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/H			
5	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/H S/N			
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/H 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			
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 10U/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. # SÓCULADO: # CONDIÇÃO: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	133x74	96		36°
18 H	130x70	90		36°
24 H	140x92	103		36°
DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028				

sem verificação
SSVV e admi
nistradas e
direções con
forme pres
crição médi

Obs.: Realizado
meio ANP
MSE

Cristiana Sarmento de Se
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 462501

18/02/2020 não realizou os itens
4 e 15 não tem mais dados disponibilizados no sistema de

Márcia S. Richi
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 Mendes</u>		Data: <u>12/02/2020</u>			
Leito: <u>120-2</u>					

Localização		Região: <u>coxa D/E</u> Grau: I () II (x)		Região: <u>coxa</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 com tração</u> <u>Realizado curativo com tração</u> Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 TE			<u>Realizado curativo com tração</u> <u>Realizado curativo com tração</u> Vanessa da Silva Moraes 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: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

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 130/80 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
exate às 15 e 16. Não tem no
Sítio
30m, curativos

Racina Alameda de S. Luís 4m
Joa. Enfermagem
0800-99 609-093 - 792

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					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
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				
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				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
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 06
12	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
13	NORIPURUM 1 AMP EV 1X DIA				19
14	SULFATO FERROSO 40MG VO APÓS CAFÉ, ALMOÇO E JANTAR				08 14 20
15	VIT C 500MG VO APÓS CAFÉ E JANTAR				08 20
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 COMP PELA MANHA				12
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Próximo
18	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
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 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 21 itens 14 e 16 não tem em ampola EV não tem comprimido de xanax

08/02/20 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

08/02/2020
Julio Minayo Balacines
0144200109041

387

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

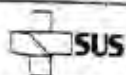
lyna...

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
Masculino [1] Feminino [3]

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

6 - DATA DE NASCIMENTO
16/02/1996

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - 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

Acidente de trânsito em 11/12/2019
com fratura de fêmur direito
+ fixação externa fêmur direito (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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

640802 0473-5524
640806 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 - CBO	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR	
		52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
☐ CNS ☐ CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

19/03/2021

O.S.

Julio Pereira

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Sob Sedação Feita RMS Fixado
Extremo Fémur D
- ② Injeção Dorso Nível
Disco x Plano - Encontra-se F
Comunicação 43 1/2 Proximal
Redução - Estabilização com Placa DCD
Furos + 07 Parafusos
- ③ Injeção Ulnar - Disco x Plano
Encontra-se 3º Fx Comunicação Ulnar
Redução - Estabilização com Placa
DCP 10 Furos + 07 Parafusos
Fechamento x Plano
Tala Gessada Injeção Rodante

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 493



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

STQ 9% 1500 ml

TEMPERATURA

OPERAÇÃO

Tratamento cirurgico de fratura multipaqueta
Cefalo e autoclavo direito.

ANESTESIA

Dr. Adenias I. Resende

CÓDIGO

CIRURGIÃO

Dr. Carlos Henrique

PERDA SANGÜÍNEA

Bruno Thiago B. C. P.
MÉDICO
CRM/R 10225

- 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: _____
Enf: _____		Letor: _____	Serv: _____
Diagn. Pré-OP: _____		Alt: _____	Classe: _____
Data: ____/____/____		Hora: ____:____:____	
Clín. Proposta: _____			
Patrol Assoc.: _____			
Anest. Ant: _____			
Alergia: _____			
Alcool: _____ Fumo: _____			
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, diglítico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros)			
Estado Mental: _____		Boca: _____	
Pulso: _____		Velas: _____	
RX: _____			
Feses: _____			
Hepatograma: _____			
Outros: _____			
Parâcer Clínico: _____			
PA: _____	Pulso: _____	Temperatura: _____	

Medicação Pré - Anl	DOSE	VIA	HORA

Sangue Tipo: _____		Leuc: _____		Ht: _____		Hb: _____	
Hm: _____		Ic: _____		Is: _____		p. Lipo: _____	
c. Coag: _____		Pq: _____		Ureia: _____			
creat: _____		Glic: _____		Na: _____		mEq/l	
Cl: _____		mEq/lk		mEq/lpH		pO2	
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
eupneico, acianótico para bloco
da ortopedia.

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

Assinatura

Data ____/____/____

Hora ____:____:____

Assinatura



AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ginecologia		Procedimento Realizado: Cesárea	
Nome do Paciente: Marta Maria da Silva		IDADE: 34	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 10/04/2008
Blóco: A	Enfermaria: NOS	Leito: 1	Nº da Sala 10	Circulante de Sala: 1 Tenda	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Esponja 10x14 cm 1 unidade					

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ().

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

Marca:

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

QUANT

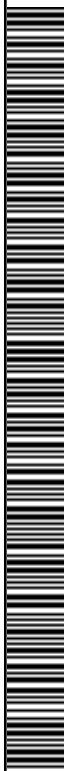
MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

2 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2 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: san_ma_hor@gmail.com



OK

OK



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Ed: 23		APTº 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			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
M. Gius					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Adenilton Taurio			
TIPO DE ANESTESIA BPB					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	TEMPO DE DURAÇÃO	VALOR
	CATGUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES Nº		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	500
	CATGUT SIMPLES Nº			FRASCO SORO	
	CATGUT Nº			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO Nº			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA Nº		17	PENTRANE 1/2 3/4	
	FIOS DE ALGODÃO Nº			ENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA		1	CRITÉTER de 02	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
10	UNIDADES DE GAZE pat			PROSTGMINE	
	PARES DE LUVAS Nº 8,5		1	THIONEMBUTA Atadeno 200ml	
	EQUIPOS PARA SORO		1	MARCAITA Atadeno 200ml	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		1	INOVAL Atadeno 200ml	
	DRENOS Nº		1	GLICOSE % DVP 5 de 10	
	SONDAS Nº		1	ÁGUA OXIGENADA Cloro 5 de 10	
1	AGULHAS 4x12		1	MERTHIOLE Atadeno 200ml	
1	COMPRESSAS pat al 3und.		1	MERCÚRIO CROMO Atadeno 200ml	
1	LÂMINAS PARA BISTURI 22		1	ETRAIDOL	
			1	GLAX 18	
			1	TORCÃO 5 unis	
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	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					



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

Enfermeiro (a): 
Rebeca Marilda Costa
Enfermeira
Crem-PR 251/114 BCF

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 fixação antitubo ② + cateteres.
Para estesia B.P. + oxilón. Após cirurgia, segue à R.P.

Responsável:


Rebeca Marilda Costa
Enfermeira
Crem-PR 251/114 BCF



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

Nome: Adriano Alentzys Oliveira

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA											
Cirurgia Proposta: <u>cat. prof. antibrúcio de cotovelo</u>				Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais								
1. Informações:				10:48	11:00	11:40	13:20				Horário	T	FC	PA	SpO2	ADRE-TE	DOR		
Játem (☒) Sim (☐) Não																			
Prófere (☐) Sim (☐) Não																			
Exames (☒) Sim (☐) Não																			
Reserva UTI (☐) Sim (☒) Não																			
Lateralidade (☐) Sim (☒) Não																			
PNE (☐) Sim (☒) Não ?																			
Alergia (☐) Sim (☒) Não ?																			
Qual:																			
Reserva de Hemoderivado:																			
(☐) Sim (☒) Não																			
Outros:																			
2. Chegar ao Centro Cirúrgico:																			
(☐) Deambulando																			
(☒) Consciente																			
(☐) Com Suporte de O2																			
(☐) TOT																			
(☐) Agitado																			
3. Sinais Vitais:																			
T _____ °C																			
R _____ rpm																			
FC _____ bpm																			
PA _____ mmHg																			
SAT _____ %																			
4. Anotações (Admissão do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
5. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
6. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
7. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
8. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
9. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
10. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
11. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			
12. Anotações (Saída do Paciente):																			
<u>Admissão p/</u>																			
<u>paciente</u>																			
<u>de uso de ventoinha</u>																			
<u>ratina cateter</u>																			
<u>6) + cateter</u>																			



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Adilson Menezes Palau
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 DESTE 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 IN					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 A TARDE.

SINAIS VITAIS				DON MARTINS MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2038-RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H	Ret encontre-se no C.C.			
18 H	114/62	95	358	
24 H				

20h feitas medicações CPM
 Te. Buena.

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 CELULA)				
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?)					
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):

DIH: / /

KANBAM:

Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl: PO₂: PCO₂:

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 II
para tratamento
cirúrgico

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

CRM /

CRM /

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: CLAUDIA LIMA DA SILVA

Nome CLAUDIA 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 _____

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 UMBILICAL + FX CLAVICULA + FX ANTE BRACO + FX RENO
CEWLIN 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 CEWLIN 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

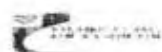
Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE.

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 Paíacio

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 HUW 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, relatando funções fisiológicas preservadas, ingestão de dieta, sono regular.

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

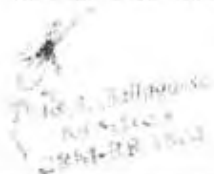
AR: MV - bilateralmente, SRA SatO2=98% em ar ambiente.

AC: JRC em CT, SMC, sem sopros.

ABD: macio, 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 apresentando 11mg/dL de glicose plasmática em jejum no exame do dia 26/02/2020.


Dr. J. Barbosa
R. 13.14.13
2020-03-01

ASSINATURA E CARIMBO Médico(a)

Bela Vista - RR, 01 de Março de 2020.

13 14 20
Ass: 21

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

108-1

Unidade de Saúde: Hospital Central de Jorajima - HJR

Endereço: Rua da Rodoanel Francisco Gomes - S/N - Aeroporto

Justificativa da Internação:

1 - Masculino

2 - PASTA

140010

RR

22.10.2005

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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				7 - CNES	
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				8 - CNES	
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				9 - CNES	
Identificação do Paciente				10 - NÚMERO DO LAUDO	
NOME DO PACIENTE				11 - NÚMERO DO LAUDO	
12 - DATA DE NASCIMENTO				13 - SEXO	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				15 - TELEFONE DE CONTATO	
16 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA				17 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	
18 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA				19 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
21 - DATA DA INTERNAÇÃO					
22 - DATA DA INTERNAÇÃO					
23 - DATA DA INTERNAÇÃO					
24 - DATA DA INTERNAÇÃO					
25 - DATA DA INTERNAÇÃO					
26 - DATA DA INTERNAÇÃO					
27 - DATA DA INTERNAÇÃO					
28 - DATA DA INTERNAÇÃO					
29 - DATA DA INTERNAÇÃO					
30 - DATA DA INTERNAÇÃO					
31 - DATA DA INTERNAÇÃO					
32 - DATA DA INTERNAÇÃO					
33 - DATA DA INTERNAÇÃO					
34 - DATA DA INTERNAÇÃO					
35 - DATA DA INTERNAÇÃO					
36 - DATA DA INTERNAÇÃO					
37 - DATA DA INTERNAÇÃO					
38 - DATA DA INTERNAÇÃO					
39 - DATA DA INTERNAÇÃO					
40 - DATA DA INTERNAÇÃO					
41 - DATA DA INTERNAÇÃO					
42 - DATA DA INTERNAÇÃO					
43 - DATA DA INTERNAÇÃO					
44 - DATA DA INTERNAÇÃO					
45 - DATA DA INTERNAÇÃO					
46 - DATA DA INTERNAÇÃO					
47 - DATA DA INTERNAÇÃO					
48 - DATA DA INTERNAÇÃO					
49 - DATA DA INTERNAÇÃO					
50 - DATA DA INTERNAÇÃO					
51 - DATA DA INTERNAÇÃO					
52 - DATA DA INTERNAÇÃO					
53 - DATA DA INTERNAÇÃO					
54 - DATA DA INTERNAÇÃO					
55 - DATA DA INTERNAÇÃO					
56 - DATA DA INTERNAÇÃO					
57 - DATA DA INTERNAÇÃO					
58 - DATA DA INTERNAÇÃO					
59 - DATA DA INTERNAÇÃO					
60 - DATA DA INTERNAÇÃO					
61 - DATA DA INTERNAÇÃO					
62 - DATA DA INTERNAÇÃO					
63 - DATA DA INTERNAÇÃO					
64 - DATA DA INTERNAÇÃO					
65 - DATA DA INTERNAÇÃO					
66 - DATA DA INTERNAÇÃO					
67 - DATA DA INTERNAÇÃO					
68 - DATA DA INTERNAÇÃO					
69 - DATA DA INTERNAÇÃO					
70 - DATA DA INTERNAÇÃO					
71 - DATA DA INTERNAÇÃO					
72 - DATA DA INTERNAÇÃO					
73 - DATA DA INTERNAÇÃO					
74 - DATA DA INTERNAÇÃO					
75 - DATA DA INTERNAÇÃO					
76 - DATA DA INTERNAÇÃO					
77 - DATA DA INTERNAÇÃO					
78 - DATA DA INTERNAÇÃO					
79 - DATA DA INTERNAÇÃO					
80 - DATA DA INTERNAÇÃO					
81 - DATA DA INTERNAÇÃO					
82 - DATA DA INTERNAÇÃO					
83 - DATA DA INTERNAÇÃO					
84 - DATA DA INTERNAÇÃO					
85 - DATA DA INTERNAÇÃO					
86 - DATA DA INTERNAÇÃO					
87 - DATA DA INTERNAÇÃO					
88 - DATA DA INTERNAÇÃO					
89 - DATA DA INTERNAÇÃO					
90 - DATA DA INTERNAÇÃO					
91 - DATA DA INTERNAÇÃO					
92 - DATA DA INTERNAÇÃO					
93 - DATA DA INTERNAÇÃO					
94 - DATA DA INTERNAÇÃO					
95 - DATA DA INTERNAÇÃO					
96 - DATA DA INTERNAÇÃO					
97 - DATA DA INTERNAÇÃO					
98 - DATA DA INTERNAÇÃO					
99 - DATA DA INTERNAÇÃO					
100 - DATA DA INTERNAÇÃO					

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.) qual(is) será(ão) 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 Retaguarda 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 Retaguarda;

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

Grav. 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) e procedimentos(s) a serem realizados.

Atestado que o paciente/responsável entendeu o que explicou

Ass. Vista de _____ de 20__ Hora: _____

Assinatura do Médico

Assinatura do Médico

CRM

Assinatura/Contribuição do Médico Retaguarda

13 04 30
9



108.3

MC

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 24-05-2020

PACIENTE: IVANILDA MENZ PEREIRA DO
DIAGNÓSTICO: TRISTEZA AGUDA + DEPRESSÃO + Fobia Social + Fobia de Espaço + Fobia de Pessoas
FONTE: ANAMNESE
1- DATA DE ADMISSÃO DO PACIENTE NO IRR

2- PACIENTE ☒ ALIMENTADO: COM ALIMENTAÇÃO SUPLEMENTAR

3- DIETA ☒ VIA ORAL: SNE + LÍQUIDA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? ☒ SIM ☐ NÃO
EM ANEXO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM ☐ NÃO
EM ANEXO

6- POSSUI PARCEIRO DE ESPECIALISTA? ☐ SIM ☒ NÃO
EM ANEXO

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA AGENDADA? ☐ SIM ☒ NÃO
EM ANEXO

8- REGISTRO DOS ULTIMOS SINAIS VITAIS
PA: 100 FC: 100 TEMPERATURA: 36,5 SATO2: 98

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO IRR
TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS E TERAPIA

10- EVOLUÇÃO ACUTINHA
PACIENTE ATENDIDA EM HOSPITAL DE RETAGUARDA
EM 24-05-2020
EM ANEXO

Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA de 24-05-2020

Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA
Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA
Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA

CRM: 20394

Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA
Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA
Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA

Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA
Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA
Assinatura de IVANILDA MENZ PEREIRA

13 04 20

9





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

Full Name: _____

1419

Los datos que presenta, tanto de funcionamiento, como de temas objeto de estudio, han sido obtenidos al presentar al personal con responsabilidad principal respecto a las unidades con sus fundamentos (i.e., Asistencia Social, Medicina Preventiva y Psiquiátrica) en la muestra seleccionada, que por su condición de especialistas, se encargaron de proporcionar la información que se requiere para el análisis de los datos de los registros del Hospital General de Roraima-HGR.

7. Um indivíduo, que a internet, no Hospital de Ketagond justiça se pela necessidade de um diagnóstico adequado médico, a concessão de mais tempo e de uma permanência. O indivíduo está não podem exercer o direito a liberdade de expressão, para o futuro, a qual de nos outros, caso não a encaminhar, não como

- 2. *Condições preexistentes*
- 3. *Exatidão das informações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade.*
- 4. *Condições clínicas com necessidade de atendimento especializado.*
- 5. *Exatidão da idade pela equipe assistencial.*

o. Obediente esta gente que pede da comunidade a assistência dentro hospitalar ou em ambulatório sendo transferido para Hospital de Botolph Claydon.

Autómatos que recebem como entrada uma sequência de bits e produzem como saída uma sequência de bits são chamados de autômatos finitos.

HAI Vista 24 de IVS 2007 a 20 de IX

[View all articles by this author](#)

Responsively:

$$T(A_{\text{cylinder}}) \propto \frac{1}{\lambda} \propto \frac{1}{\sqrt{B_0}}.$$

Sum: 40.954 1.000 1.000 1.000

Let $\mathbf{H}(\mathbf{H}^*)$ be the Hermitian (anti-Hermitian) part of $\mathbf{A}$, i.e.,

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirma que explicas detalladamente para el paciente π la importancia de tomar las decisiones y los beneficios de alternativas para el bienestar de la productividad de su vida. Se refiere que el paciente responsable entiende sus exigencias.

De la Vista de de 20 de 1693

$$T_{\text{eff}} = 10^4 \text{ K} \quad \text{for } 10 \leq \log \rho \leq 12$$

Experimental Methods

1999

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 INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Resposta: _____ de _____ de 20 _____ Hora: _____

Assinatura e carimbo do MÉDICO ASSISTENTE:
CRM: _____

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

Assinatura e carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para
CRM: _____
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) Sou 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 concordo-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__ Nome: _____

Assinatura do médico

Assinatura do Médico

(CRM)

Assinatura do Médico Regular

13/04/20
9.

30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
Paciente: <i>Almeida, Carlos</i>				
PLACAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
DATE	LEITO		DATA	<i>21/02/2020</i>
EM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
	DIETA ORAL L.V.R.E.			
	ACCESSO VENOSO PERIFÉRICO			
	SF 0.9% 500ML EV SIN			
	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA			
	PARAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/H SE DOR INTENSA			
	NAL BUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4			
	SIMILTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H			
	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8 H SIN			
	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			
	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			
	DILTIOPIRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAS > 110 MMHG			
	25 mg + CCGG 6/6 H			
	CURATIVO DIÁRIO			
	<i>18 pontos de sutura</i>			
SE DIABÉTICO, OBESSO, COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA				
2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24				
VACINAÇÃO MÉDICA				
VACINAÇÃO DE SARAMPOLO, TETANO, DIFTERIA, COLERA, FEBRE TIFÓIDE, TUBERCULOSE, HEPATITE A, B, C, D, E, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z, AA, AB, AC, AD, AE, AF, AG, AH, AI, AJ, AK, AL, AM, AN, AO, AP, AQ, AR, AS, AT, AU, AV, AW, AX, AY, AZ, BA, BB, BC, BD, BE, BF, BG, BH, BI, BJ, BK, BL, BM, BN, BO, BP, BQ, BR, BS, BT, BU, BV, BW, BX, BY, BZ, CA, CB, CC, CD, CE, CF, CG, CH, CI, CJ, CK, CL, CM, CN, CO, CP, CQ, CR, CS, CT, CU, CV, CW, CX, CY, CZ, DA, DB, DC, DD, DE, DF, DG, DH, DI, DJ, DK, DL, DM, DN, DO, DP, DQ, DR, DS, DT, DU, DV, DW, DX, DY, DZ, EA, EB, EC, ED, EE, EF, EG, EH, EI, EJ, EK, EL, EM, EN, EO, EP, EQ, ER, ES, ET, EU, EV, EW, EX, EY, EZ, FA, FB, FC, FD, FE, FF, FG, FH, FI, FJ, FK, FL, FM, FN, FO, FP, FQ, FR, FS, FT, FU, FV, FW, FX, FY, FZ, GA, GB, GC, GD, GE, GF, GG, GH, GI, GJ, GK, GL, GM, GN, GO, GP, GQ, GR, GS, GT, GU, GV, GW, GX, GY, GZ, HA, HB, HC, HD, HE, HF, HG, HH, HI, HJ, HK, HL, HM, HN, HO, HP, HQ, HR, HS, HT, HU, HV, HW, HX, HY, HZ, IA, IB, IC, ID, IE, IF, IG, IH, II, IJ, IK, IL, IM, IN, IO, IP, IQ, IR, IS, IT, IU, IV, IW, IX, IY, IZ, JA, JB, JC, JD, JE, JF, JG, JH, JI, JJ, JK, JL, JM, JN, JO, JP, JQ, JR, JS, JT, JU, JV, JW, JX, JY, JZ, KA, KB, KC, KD, KE, KF, KG, KH, KI, KJ, KK, KL, KM, KN, KO, KP, KQ, KR, KS, KT, KU, KV, KW, KX, KY, KZ, LA, LB, LC, LD, LE, LF, LG, LH, LI, LJ, LK, LL, LM, LN, LO, LP, LQ, LR, LS, LT, LU, LV, LW, LX, LY, LZ, MA, MB, MC, MD, ME, MF, MG, MH, MI, MJ, MK, ML, MM, MN, MO, MP, MQ, MR, MS, MT, MU, MV, MW, MX, MY, MZ, NA, NB, NC, ND, NE, NF, NG, NH, NI, NJ, NK, NL, NM, NN, NO, NP, NQ, NR, NS, NT, NU, NV, NW, NX, NY, NZ, OA, OB, OC, OD, OE, OF, OG, OH, OI, OJ, OK, OL, OM, ON, OO, OP, OQ, OR, OS, OT, OU, OV, OW, OX, OY, OZ, PA, PB, PC, PD, PE, PF, PG, PH, PI, PJ, PK, PL, PM, PN, PO, PP, PQ, PR, PS, PT, PU, PV, PW, PX, PY, PZ, QA, QB, QC, QD, QE, QF, QG, QH, QI, QJ, QK, QL, QM, QN, QO, QP, QQ, QR, QS, QT, QU, QV, QW, QX, QY, QZ, RA, RB, RC, RD, RE, RF, RG, RH, RI, RJ, RK, RL, RM, RN, RO, RP, RQ, RR, RS, RT, RU, RV, RW, RX, RY, RZ, SA, SB, SC, SD, SE, SF, SG, SH, SI, SJ, SK, SL, SM, SN, SO, SP, SQ, SR, SS, ST, SU, SV, SW, SX, SY, SZ, TA, TB, TC, TD, TE, TF, TG, TH, TI, TJ, TK, TL, TM, TN, TO, TP, TQ, TR, TS, TT, TU, TV, TW, TX, TY, TZ, UA, UB, UC, UD, UE, UF, UG, UH, UI, UJ, UK, UL, UM, UN, UO, UP, UQ, UR, US, UT, UY, UZ, VA, VB, VC, VD, VE, VF, VG, VH, VI, VJ, VK, VL, VM, VN, VO, VP, VQ, VR, VS, VT, VU, VV, VW, VX, VY, VZ, WA, WB, WC, WD, WE, WF, WG, WH, WI, WJ, WK, WL, WM, WN, WO, WP, WQ, WR, WS, WT, WY, WZ, XA, XB, XC, XD, XE, XF, XG, XH, XI, XJ, XK, XL, XM, XN, XO, XP, XQ, XR, XS, XT, XU, XV, XW, XX, XY, XZ, YA, YB, YC, YD, YE, YF, YG, YH, YI, YJ, YK, YL, YM, YN, YO, YP, YQ, YR, YS, YT, YU, YV, YW, YX, YY, YZ, ZA, ZB, ZC, ZD, ZE, ZF, ZG, ZH, ZI, ZJ, ZK, ZL, ZM, ZN, ZO, ZP, ZQ, ZR, ZS, ZT, ZU, ZV, ZW, ZX, ZY, ZZ				
SINAIS VITAIS				
GH	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				
MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				

13/04/20





ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Cirurgia de troca de prótese de quadril
Nome do Paciente: Rafaela	IDADE: 24	SEXO: F () M (X)
Grupos:	Enfermaria:	Nº do Prontuário 00343 5593
	Leito:	Data 23/04/20
	Nº da Sala 6	Circulante de Sala: Nº 24 / 2020

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (X)

Dados Adicionais:

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUAN

PRODUTOS: INDI, F. COM. L.P.D.A.
Nº. 50-11-000000
F. JACOBSON, L.Y.F.F. R. R. RORAIMA 752
Nº. 5747733 - 225-10-000000
Reg. nº. 24/1551 - 13/02/2019

Dr. João Carlos de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-RR 095
RUA 434 Nº 250

ARQUIVO CIRURGIA:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

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

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

PRODUTOS DE USO:

1º AUXILIAR:

PRODUTOS DE USO:

PRODUTOS DE USO DO PACIENTE

Hospital Geral de Roraima
Av. B. Guillard - Eduardo Guillard, 3008 - Aeroporto
CEP: 69000-000 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (067) 2121 0511
E-mail: hospital@hospitalroraima.org.br

13 04 20
9



BOLETIM OPERATÓRIO

João Vinícius Pereira

SERVIÇO DO PSI - OPERATÓRIO *Luiz Carlos Martins P. Silva*
NÚMERO DE REGISTRO *RMS 1.111.111-11*
NÚMERO DE INTERVENÇÃO
NÚMERO DE ACIDENTES
NÚMERO DE OPERATÓRIO
NOME *João Vinícius Pereira* 1º AUXILIAR *João Vinícius Pereira*
NOME DO INSTRUMENTADORA
NOME DO ANESTESIA
NOME DO ANESTÉSICO
NOME DO PIA DURAÇÃO

RELATORIO CIRÚRGICO

João Vinícius Pereira
João Vinícius Pereira
João Vinícius Pereira
João Vinícius Pereira

13 04 20
9.

Dr. João Vinícius Pereira
CRM 1.111.111-11

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

[illegible]

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									
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1	DIET. A ORAL LIVRE								
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO								
3	SE 0,9% 500ML EV S/N								
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H								
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA								
6	TRAMAL 100MG + SER 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA								
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4								
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H								
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 1X DIA								
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	</								

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) que apresenta 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.

1. O(a) _____

1. O(a) _____, portador(a) que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de atendimento de urgência em doenças médicas-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.

2. O(a) _____, portador(a) que poderá ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital de Retaguarda, 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) que não dá continuidade a assistência médica hospitalar necessária para o(a) transferido(a) para o Hospital de Retaguarda.

3. O(a) _____, portador(a) que aceita qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado.

4. O(a) _____, portador(a) que aceita qualquer explicação, li compreendendo, autorizo e concordo com tudo que me foi explicado e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer ponto apontado em qualquer momento que não concorde.

Assinado em _____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente _____

Responsável _____

Assinatura _____

Nome _____

Assinatura _____

Assinatura de Parentes _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

O(a) _____, portador(a) que esclarece detalhadamente para o paciente e ou responsável ou familiares, o diagnóstico, prognóstico, benefícios e alternativas para o tratamento(s) procedimento(s) a ser(em) realizado(s).

O(a) _____, portador(a) que o paciente responsável entende o que explicou.

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

201151

$$Z_{\text{max}} = \text{NUS} / (\text{CUS} + \text{NUS})$$

1911

CONCLUSIONS

EXAM'S ADMISSIONS DATA

144

1998

621

1.5

Lactuca sativa

153547

EXPERIMENTAL TRANSFERRED DATA

1

14

ESIMULACIÓ

$$= 3.90\%$$

DISSEMINATING 175

ANALYSIS

ANALYSIS PROCEDIMIENTOS AGENDADOS

CAPIA INSTITUTA

2420 LACQUINHA

Hans Voth

3

Abstract

11

$$A = \begin{bmatrix} 1 & 0 \\ 0 & 1 \end{bmatrix}$$

Acreditado e autorizado pelo Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima HGR

425

15.04.20

5





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 Nascimento: 16/06/96
Endereço: Av. ... Cidade: ... Estado: ...
Telefone: ... Celular: ...

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Hemoglobina: 11,4 g/dl Plaquetas: 90 x 10⁹/L
Hematócrito: 33,2 % Peso: ... kg

TRANSFUSÕES ANTERIORES

Última transfusão: ... Data: ... Tipo: ...
Motivo: ... Reação: ...

HEMOCOMPONENTES / HEMODERIVADOS SOLICITADOS

Tipo de solicitação	Descrição	Quantidade
Urgência, a ser realizada dentro de 4 horas	Concentrado de Hemácias (± 250 ml/unidade)	02
Romita, a ser realizada dentro de 24 horas	Plasma Fatoro 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 do paciente	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, ..., CRM ..., atendo o paciente ... e transfusão ... antes da conclusão dos testes de transfusão (determinação ABO/Rh do receptor, teste de compatibilidade cruzada e teste de compatibilidade direta e indireta). O quadro clínico justifica a emergência e o retardo na realização 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 do profissional responsável pela transfusão
- 3. Assinatura e impressão do enfermeiro responsável pelo paciente da bolsa transfundida e a não estar do 2º
- 4. Assinatura e impressão do enfermeiro responsável pelo paciente
- 5. Assinatura e impressão do enfermeiro responsável pela transfusão
- 6. Assinatura e impressão do enfermeiro responsável pela transfusão

ORIENTAÇÃO IMEDIATA
Todos os dados devem ser registrados no prontuário do paciente e no livro de transfusão.

Assinatura do paciente: ... Data: ... Hora: ...
Assinatura do profissional: ... Data: ... Hora: ...

Assinatura do enfermeiro: ...
Assinatura do enfermeiro: ...

13 04 20

13 04 20

3145 - 2020.8.23.0010
de 01.02.20

13 04 20
de 01.02.20

3145 - 2020.8.23.0010
de 01.02.20
13 04 20
de 01.02.20
13 04 20
de 01.02.20
13 04 20
de 01.02.20





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: 19/07/1986

Idade: 34 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: T0010

Métodologia: M11 - Enzimas Colorimétrico (glicose-oxidase)

Unidade: mg/dL

Resultado

106,27 mg/dL

Referência

60-100 mg/dL

R.P.

Ricardo Rantous da Silva
Farmacêutico Responsável
CRF/SP 446

Dr. João Alves Barbosa Filho - Farmacêutico Responsável - CRF - SP 24500
Dr. João Alves Barbosa Filho - Farmacêutico Responsável - CRF - SP 24500

Dr. João Alves Barbosa Filho
Farmacêutico Responsável

13/04/20
J





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 PROTROMBINA

Resultado
11.01 seg

Referência
14.0 - 16.0 seg

INR

1.00

0.8 - 1.2

TEMPO DE FIBRINOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

34.03 seg

25.0 - 35.0 seg

FAT

-

0.0 - 1.25

ATIVIDADE DE FIBRINOGENO

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 análise.

A análise realizada em subpopulação atressantes ou não conforme podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

RJR

Regina Rêgina da Silva
Farmacêutica Responsável
CRP-SP 430

Dr. Antônio
Rêgina 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 15:35** Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: **PLAQUETOS**

HEMOGRAMA COMPLETO

Materiais: **SANGUE TOTAL**

Metodologia: **M75 - Automatizada - SERIO**

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 - 100,0 $\mu\text{g/L}$
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: 106.000

Este documento foi assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho - CPF: 000.000.000-00
Data: 06/10/2020 15:35:35

10/10/2020 15:35

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: 01/04/2020
PACIENTE: João Wilson Franco DN: 11
DIAGNÓSTICO(S): 1º Grau (C)

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

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

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

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:
Manter no 1º grau II
glicemia controlada.
01/04/2020

Boa Vista, 04 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

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 ORTOPÉDIA 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	DMZ	NEGA
LEITO	328		DATA	1/4/2020	
TEM	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 VMMHG				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 DIÁRIO				ROTINA
13	ao HGR				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21 DIABÉTICO 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.



13 04 00
3)

DATA	VALOR	OTACAO DO TENDIMENTO EFETIVADO
06/10/2020	13 04 00	3)



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	328		DATA	31/3/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
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	SSV + 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					
N. DIABETICO COM REGULAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) 2 UNIFORMES E 800U MA 200 750 2UL 254-300 41H 301 350 EIR 351-400 8UL = 400 10 UL OU GLICOSE < 70 DI/MI GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR REANOTAÇÃO					
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 TCC 2-1 QONE					

13 04 20
3



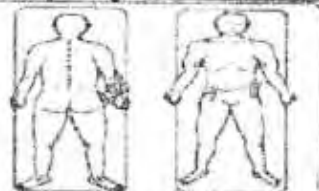
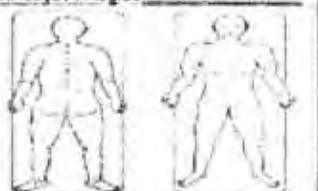
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIA	NEGA	IAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		328	DATA	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				
12	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CONDIÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC), CONTINUA 1 UNIDADE/MA - 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					

Clévia de Sá
Tat. 21
DOCS

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 Ferida: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ tecido necrótico		Aspecto da Ferida: ☐ 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: Manhã Tarde		Hora do curativo: Manhã Tarde	
Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs _____		Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs _____	
Carimbo e ass. em Enfermagem Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e ass. em Enfermagem 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

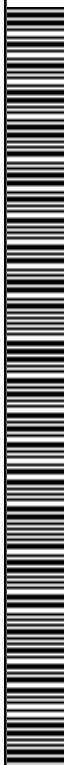
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	328	DATA	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-1A					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
AMENDADO PARA 02 DIM				DR MARCUS BRÜNNER CRM 1937	
				DR MARCELO MARQUES	
				DR LEONARDO RABELO CRM 1715	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
06H					
12H	112	25			
18H	112	112			
04H					

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
SEV	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 + CCG 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 de Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015	Fevereiro 2013
	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 - Tumor - Outra	Pressão - I - II - III - IV Venosa - Arterial - Diabética Traumática - Cirúrgica - Tumor - Outra	Pressão - I - II - III - IV Venosa - Arterial - Diabética Traumática - Cirúrgica - Tumor - Outra
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito:	Tecido de granulação - com estase Tecido necrótico	Tecido de granulação - com estase Tecido necrótico	Tecido de granulação - com estase Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	Seco, muito pouco - pouco - moderado - muito abundante	Seco, muito pouco - pouco - moderado - muito abundante	Seco, muito pouco - pouco - moderado - muito abundante
Tipo de exsudato	Seroso - Fibrinoso - Sanguinolento Purulento - Serososanguíneo	Seroso - Fibrinoso - Sanguinolento Purulento - Serososanguíneo	Seroso - Fibrinoso - Sanguinolento Purulento - Serososanguíneo
Dor	Sim - Não	Sim - Não	Sim - Não
Odor	evidente na remoção da cobertura - à noite do leito evidente quando no quarto - Sem odor	evidente na remoção da cobertura - à noite do leito evidente quando no quarto - Sem odor	evidente na remoção da cobertura - à noite do leito evidente quando no quarto - Sem odor
Condição da pele Perifoneal	Normal - Macerada - Escala - Entorpecida - Rubor Prurido - Gêrmen	Normal - Macerada - Escala - Entorpecida - Rubor Prurido - Gêrmen	Normal - Macerada - Escala - Entorpecida - Rubor Prurido - Gêrmen
Solução para limpeza	Soro Fisiológico 0,9% - Clorexidina 4% Outra _____	Soro Fisiológico 0,9% - Clorexidina 4% Outra _____	Soro Fisiológico 0,9% - Clorexidina 4% Outra _____
Cobertura primária	Agente - Colágeno - Sulfadiazina de Prata Outra _____	Agente - Colágeno - Sulfadiazina de Prata Outra _____	Agente - Colágeno - Sulfadiazina de Prata Outra _____
Definição da lesão	ACE	ACE	ACE
Mora do curativo	Manhã - Tarde	Manhã - Tarde	Manhã - Tarde
Data da Próxima troca			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. em Enfermagem	01	02	03
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			

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

13 04 20
S.

13 04 20

1871
 1872
 1873
 1874
 1875
 1876
 1877
 1878
 1879
 1880
 1881
 1882
 1883
 1884
 1885
 1886
 1887
 1888
 1889
 1890
 1891
 1892
 1893
 1894
 1895
 1896
 1897
 1898
 1899
 1900

1866

When the farm, here
placed in the middle

2000-01-01

INDEX

1

REC

15

5

17

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

1

1

2

1999

NOTES

2017



SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLINICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN		
PACIENTE: JULIO MENEZES PALACIO					
DIAGNOSTICO: FX LIVRO AB + PÓS-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	ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS				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 FALCOPSE 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					
DATA	TPA	FE	FR	TEMP	
02/4					
03/4					
04/4					
05/4					

13 04 20
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. Monitorar sinais vitais e evolução clínica. 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. Monitorar sinais vitais e evolução clínica.		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. Monitorar sinais vitais e evolução clínica. 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. Monitorar sinais vitais e evolução clínica.	

13 04 20
9.



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

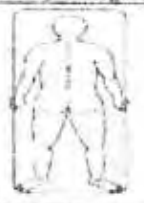


SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DAS CLÍNICAS					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH		ONH		
PACIENTE	JULIO MENEZES PALACIO				
DIAGNÓSTICO	FX LIVRO AB. + PÓS-OP. LAVICULA + ANTEBRAÇO				
ALERGAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	328	DATA	25/3/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO				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				S
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	NORIPRUM 1AMP - SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				10 22
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					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
AVALIADO PARA 02 HEM					
DR MARCUS BRUNNER CRM 1917					
DR MARCELO MARQUES					
DR LEONARDO RABELO CRM 1715					
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP		
PM					
10H					
18H					
24H					



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: 13/4 DC		

Paciente: <u>João Alves Barbosa Filho</u>	
DATA	Localização / Região
GRAU - I	
GRAU - II	
Etiologia	Pressão - I - II - IV Venosa - Arterial - Diabética Neuropática - Cirúrgica - Trauma - Outra
Extensão da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do Leito	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacos ☐ Tecido necrótico ☐ Fibrinoso
Quantidade de Exsudato	☐ Nenhum ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Abundante
Tipos de exsudato	Sérvico ☐ Fibrinoso ☐ Sangüíneo Purulento ☐ Seroso sanguinolento
Dor	☐ Sim ☐ Não
Odor	☐ Evidente na remoção da cobertura ☐ A beira do leito ☐ Evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica	Normal ☐ Macerada ☐ Escar ☐ Eritema ☐ Rubor Prurido ☐ Outras _____
Solução para limpeza	Soluções fisiológicas ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outras _____
Cobertura primária (Constituintes na lesão)	Gaze ☐ Fibrinase ☐ Colapex ☐ ACE ☐ Outras _____
Hora do curativo	Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐
Data da Próxima troca	Em caso de 7 de 24hs
Com o ass. de enfermagem	DT: _____
Assinatura do Enfermeiro	DT: _____
Assinatura do Médico	DT: _____

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

13/4 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



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

[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					
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
9

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



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/OU 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



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 - Versão 01b	Data da 1ª Lançamento
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro - 2015	Fevereiro 2013
	ENF/LEITO: 328		

Nome: <u>Francisco Antonio Pereira</u>			
DATA:	Localização / Região		DATA:
GRAU - I			GRAU - I
GRAU - II			GRAU - II
Etiologia	Pressão - ☐ I - ☐ II - ☐ V - ☐ Vento - ☐ Anest. - ☐ Queimadura - ☐ Trauma - ☐ Cirurgia - ☐ Infecção - ☐ Outros - ☐		Pressão - ☐ I - ☐ II - ☐ V - ☐ Vento - ☐ Anest. - ☐ Queimadura - ☐ Trauma - ☐ Cirurgia - ☐ Infecção - ☐ Outros - ☐
Características da Ferida	Comprimento: <u>10</u> cm Profundidade: <u>1</u> cm		Comprimento: <u>10</u> cm Profundidade: <u>1</u> cm
Aparência do Leito	Tipo de granulação: <u>comestável</u>		Tipo de granulação: <u>comestável</u>
Quantidade de Exsudato	Seco - ☐ Umido - ☐ Pouco - ☐ Moderado - ☐ Abundante - ☐		Seco - ☐ Umido - ☐ Pouco - ☐ Moderado - ☐ Abundante - ☐
Cor do Exsudato	Amarelo - ☐ Branco - ☐ Vermelho - ☐ Sanguinolento - ☐		Amarelo - ☐ Branco - ☐ Vermelho - ☐ Sanguinolento - ☐
Dor	Sim - ☐ Não - ☐		Sim - ☐ Não - ☐
Odor	Presença de odor: <u>ausente</u>		Presença de odor: <u>ausente</u>
Condição da pele Periférica	Normal - ☐ Vermelha - ☐ Seca - ☐ Escurecida / Rubor - ☐		Normal - ☐ Vermelha - ☐ Seca - ☐ Escurecida / Rubor - ☐
Solução para limpeza	Solução fisiológica 0.9% - ☐ Clorexidina 0.05% - ☐		Solução fisiológica 0.9% - ☐ Clorexidina 0.05% - ☐
Cobertura primária	Fibrase - ☐ Colágeno - ☐		Fibrase - ☐ Colágeno - ☐
Contato direto na lesão	Sim - ☐ Não - ☐		Sim - ☐ Não - ☐
Horário do curativo	Manhã - ☐ Tarde - ☐		Manhã - ☐ Tarde - ☐
Data da Próxima troca	Em caso de <u>4</u> de 24hs		Em caso de <u>4</u> de 24hs
Carimbo e Ass. Enfermeiro	<u>Francisco Antonio Pereira</u>		<u>Francisco Antonio Pereira</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Francisco Antonio Pereira</u>		<u>Francisco Antonio Pereira</u>

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e C.A. Silva et al. Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

13.04.20



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

13th Dec 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 + ANTEBRAÇO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	328	DATA	20/3/2020
ITEM	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
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					
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. GLICOSE > 200 MG/DL 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					

1338

13 04 20
9



13 74 30
S.





13 04 20

BOLETIM OPERATÓRIO

Julho 2019

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

INTERVENÇÃO

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

1º CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º CIRURGIÃO

INSTRUMENTADORA

3º CIRURGIÃO

ANESTESIA

4º CIRURGIÃO

ANESTÉSICO

5º CIRURGIÃO

FM

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. 1ª Sessão com 2MS Fixos
2. 2ª Sessão com 2MS Fixos

3. 3ª Sessão com 2MS Fixos
4. 4ª Sessão com 2MS Fixos

5. 5ª Sessão com 2MS Fixos
6. 6ª Sessão com 2MS Fixos

7. 7ª Sessão com 2MS Fixos
8. 8ª Sessão com 2MS Fixos

9. 9ª Sessão com 2MS Fixos
10. 10ª Sessão com 2MS Fixos

11. 11ª Sessão com 2MS Fixos
12. 12ª Sessão com 2MS Fixos

Carla Regina da Silva
Cirurgiã

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 + SF 0.9% 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 50% 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]



AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO		AVALIAÇÃO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	
DATA / HORA	ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO	DATA / HORA	ASS. E CARIMBO TÉCNICO DE ENFERMAGEM
13 04 20		13 04 20	
ASS. E CARIMBO ENFERMEIRO		ASS. E CARIMBO TÉCNICO DE ENFERMAGEM	



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				b
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



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
LEITO	328		DATA	17/3/2020	
LEV	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				8
5	DIPYRONA 1G EV 12/12H SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 1G mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO SL PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
9	SSV + CCGG 6/6 H				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				10 22
11	CLEXANE 40 MG SC 1X DIA				26
12	NORIPURUM 1AMP - SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				12
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
NOTA: FOMOSSE EM FX LIVRO ABERTO COM INSERÇÃO DE FIO DE AÇO (500g) PARA FIXAÇÃO DO FRACTO. O FRACTO DEVE SER MANUTIDO EM POSIÇÃO ATÉ O 14º DIA. O FRACTO DEVE SER MANUTIDO EM POSIÇÃO ATÉ O 14º DIA. O FRACTO DEVE SER MANUTIDO EM POSIÇÃO ATÉ O 14º DIA.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
FRACTO DO FEMUR SUBMETIDO A TROCICA DE FIXADOR			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		
FRACTO DO FEMUR DE BACIA			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
AGENDADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE			DR LEONARDO RABELO CRM 1715		
DEMOIS FRATURAS. AGENDADO PARA 19/03					
PRÓXIMO					
DATA	FE	PR	TEMP		
17/03					
18/03					
19/03					

13 04 20
9



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 - Versão 05 Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO:
	Data da elaboração Fevereiro 2017	

Normal	
DATA	Localização / Região
GRAU - I	
GRAU - II	
etiologia	☐ Pressão / ☐ Trauma / ☐ Infecção / ☐ Queimadura / ☐ Doença sistêmica / ☐ Outras
Tempo da Ferida	☐ Superficial / ☐ Profunda / ☐ Extensa
Aspecto da Lesão	☐ Vermelha / ☐ Amarelada / ☐ Escurecida / ☐ Outras
Quantidade de Exsudato	☐ Nenhum / ☐ Pouco / ☐ Moderado / ☐ Muito
Tipo de exsudato	☐ Seroso / ☐ Purulento / ☐ Hemorrágico / ☐ Outros
Dor	☐ Sim / ☐ Não
Odor	☐ Normal / ☐ Fétido / ☐ Outros
Condição da pele Periférica	☐ Normal / ☐ Vermelha / ☐ Escurecida / ☐ Outras
Suor,ção para limpeza	☐ Sim / ☐ Não
Medicação prescrita	☐ Antibiótico / ☐ Analgésico / ☐ Outros
Contato direto na lesão	☐ Sim / ☐ Não
Hora do curativo	☐ Manhã / ☐ Tarde / ☐ Noite
Data da Próxima troca	
Encasso de + de 24hs	
Carimbo e Assinatura em Enfermagem	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco - Soluções Programadas.
Os pacientes com 92 ou mais anos, essas devem ser avaliadas separadamente.

20 10 01



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

13. 24 22

SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS



13 04 20

1

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ PESO: _____ KG: _____ LETO: _____

DATA: _____ ALERGICO? _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS	LESÕES	DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM								
<table border="1"><thead><tr><th>CATETER CENTRAL</th><th>SONDA NASAL</th><th>SONDA VENTIL</th><th>SONDA VENTIL</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	CATETER CENTRAL	SONDA NASAL	SONDA VENTIL	SONDA VENTIL							
CATETER CENTRAL	SONDA NASAL	SONDA VENTIL	SONDA VENTIL								

IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES

1. TELA DE VÍDEO E AVALIAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIENTAÇÃO DO PACIENTE

2. ULCERA POR PRESSÃO SIMILAR

3. ULCERA POR PRESSÃO LOCAL

4. GRAU I) GRAU II) GRAU III)

5. GRAU I) GRAU II) GRAU III)

TOQUE E PULSO DO PACIENTE RESPIRATÓRIO

EXPANSÃO: _____

DOOR INSPIRATORIA: _____

FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: _____

MURMÚRIOS VESICULARES: _____

MURMÚRIOS ADVENENTES: _____

CIRCULAÇÃO COM VESIGULAS

TEMPERATURA DA PELE: _____

APARELHO CARDÍACO

APARELHO GASTROENTERAL

APARELHO RENAL

APARELHO RESPIRATÓRIO

APARELHO CIRCULATÓRIO

APARELHO NERVOSO

APARELHO MUSCULOESQUELÉTICO

APARELHO ENDÓCRINO

APARELHO REPRODUTIVO

APARELHO SENSITIVO

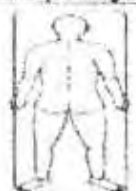
APARELHO DE DEFESA

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
URGEN	LE TO	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				6h
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	NORFURUM 1AMP - SF 0,9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				14h
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					
50% 100% 150% 200% 250% 300% 350% 400% 450% 500% 550% 600% 650% 700% 750% 800% 850% 900% 950% 1000%					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA.			DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		
AGUARDA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE OUTRAS FRAATURAS. AGENDADO PARA 19/03			DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
PRE DE OR			DR LONARDO RABELO CRM 1715		
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	ET
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		Fevereiro 2013
	ENF/LEITO:				

Nome: <u>Julio Manoel Pereira</u>					
DATA: <u>29/11/13</u>	Localização / Região:		DATA: <u>29/11/13</u>	Localização / Região:	
GRAU - I			GRAU - I		
GRAU - II			GRAU - II		
Endeologia	Pressão I - II - III - IV - Varicela - Arterial - Diabética - Neuropática - Cirúrgica - Trauma - Outra		Pressão I - II - III - IV - Varicela - Arterial - Diabética - Neuropática - Cirúrgica - Trauma - Outra		
Tamanho da Ferida	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito	Tipo de granulação _____ com escudo _____ Teuza necrótica _____ Escudo _____		Tipo de granulação _____ com escudo _____ Teuza necrótica _____ 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 - Seroso - Purulento - Sanguinolento		Seroso - Purulento - Sanguinolento - Seroso - Purulento - 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 Periorbitária	Normal - Moderada - Seca - Entemia / Rubor - Prurido - Outros		Normal - Moderada - Seca - Entemia / Rubor - Prurido - Outros		
Solução para limpeza	Sol. fisiológica 0,9% - Clorexidina 1% - Clorexidina 4% - Outro		Sol. fisiológica 0,9% - Clorexidina 1% - Clorexidina 4% - Outro		
Cobertura primária	Gaze - Fibrase - AGE - Colagenase - Sulfadiazina de Prata - Outros		Gaze - Fibrase - AGE - Colagenase - Sulfadiazina de Prata - Outros		
Contato direto na lesão	Sim _____ Não _____		Sim _____ Não _____		
Horário do curativo	Manhã _____ Tarde _____		Manhã _____ Tarde _____		
Data da próxima troca	Em caso de + de 24hs				
Curimbo e ass. Esc. em Enfermagem	01 _____ 02 _____		01 _____ 02 _____		
Curimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>[Assinatura]</u>		<u>[Assinatura]</u>		
CRIS			CRIS		

000 - Documento 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



[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				
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
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% 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> 180 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 DIARIO				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/MIL GLICOSE 60% 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 SINTESE
DE DEMAS FRATURAS, AGENDADO PARA 19/03
TKE DP OK

DR. MARCELO MARQUES
CRM 1938

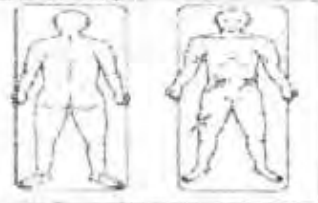
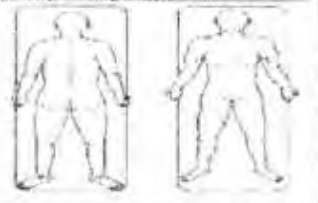
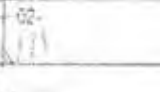
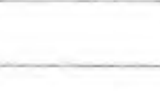
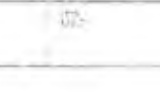
DR. LEONARDO RABELO
CRM 1715

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 DA SILVA</u>			
DATA:	Localização / Região	DATA:	Localização / Região
☐ GRAU - I ☐ GRAU - II		☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	
Etiologia	Pressão I - II - III - IV cirúrgica / Artéria / Diabética / Neoplásica / Química / Trauma / Outra	Pressão I - II - III - IV cirúrgica / Artéria / Diabética / Neoplásica / Química / Trauma / Outra	
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 molhado abundante	☐ seco, mínimo mínimo pouco ☐ umido, moderado molhado abundante	
Tipos de exsudato:	Sérvico Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serossanguíneo	Sérvico 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	☐ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4%	☐ Soro Fisiológico 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4%	
Cobertura primária	Adesiva Colágeno Colapex Sulfadiazina de Prata Gaze AGE Outros	Adesiva Colágeno Colapex Sulfadiazina de Prata Gaze 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

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



13 64 20



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HD

DATA: 20/03/2020 SEXO: MASCULINO IDADE: 32 ANOS PISO: 320 KG: 70 CM: 170 ALFABICADO: SIM

EXAME FÍSICO DO PACIENTE

LESÕES

DIAGNÓSTICO

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

ENXAVE FINCO DO PACIENTE			
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS			
CATETER CENTRAL	DATA	LOCAL	USO
CATETER PERIFÉRICO	DATA	LOCAL	USO
SONDA VENTIL	DATA	LOCAL	USO
SONDA NASOGÁSTRICA	DATA	LOCAL	USO
SONDA NASOENTRAL	DATA	LOCAL	USO
DIURETICO	DATA	LOCAL	USO

DESCRIÇÃO DE SINAIS E SÍNTOMAS

TABELA PESCOÇO/NÍVEL DE CONSCIENTIA

NÍVEL DE CONSCIENTIA	CONSCIENTIA	ACUIDADE VISUAL	ACUIDADE AUDITIVA	ACUIDADE TÁTIL	ACUIDADE GUSTATIVA	ACUIDADE OLFATIVA
1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5

TOPOX E PULMOES/ PADRÃO RESPIRATORIO

TOPOX	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

APARATO CARDIOVASCULAR

ARTIGO CARDIACO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

APARATO GASTROINTESTINAL

ARTIGO GASTROINTESTINAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

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	ACESSOS VENOSOS PERIFERICOS				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
12h					
14h	110x70	87	-	36,2°C	+ 12
18h	120x70	90	-	36°C	+ 12
24h					

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
SAF	LEITO		328	DATA	13/3/2020
TEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				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	C PROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				22
11	C EXAME 4U MG SC 1X DIA				16
12	NOR PURUM CAMP + SFO 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16
13	CURATIVO DIÁRIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250 210-251 300-400 301-350
410-450 460-500 510-550 560-600 610-650 660-700 710-750 760-800 810-850 860-900 910-950 960-1000
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 FRACTURAS, AGENDADO PARA 19/03
EM ORTOPEDIA

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 301-360 6H 361-400 8H 401-450 10H 451-500 12H 501-550 14H 551-600 GLICEMIA 50% 49 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA

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

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELLO MARQUES
CRM 1018

DR LEONARDO RABELO
CRM 1715

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

13 04 30



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

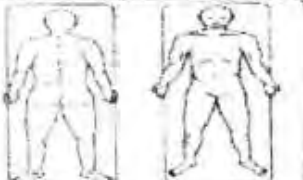
Nome: <u>Paulo Roberto de Oliveira</u>		Localização / Região		Localização / Região	
DATA: <u>10/05/2010</u>				DATA: <u>10/05/2010</u>	
GRAU - I				GRAU - I	
GRAU - II				GRAU - II	
Etiologia	Precedente: <u>II - V - Venosa - Arterial - Dissecção</u> <u>traumática - cirúrgica - fratura - outra</u>			Precedente: <u>II - V - Venosa - Arterial - Dissecção</u> <u>traumática - cirúrgica - fratura - outra</u>	
Tamanho da Ferida	Comprimento: <u>10</u> cm Largura: <u>5</u> cm Profundidade: <u>2</u> cm			Comprimento: <u>10</u> cm Largura: <u>5</u> cm Profundidade: <u>2</u> cm	
Aparência do Leito	Tipo de granulação: <u>normal</u> Fundo: <u>limpo</u>			Tipo de granulação: <u>com esclerose</u> Fundo: <u>escura</u>	
Quantidade de Exsudato	Tipo: <u>seroso</u> Quantidade: <u>moderada</u>			Tipo: <u>seroso</u> Quantidade: <u>moderada</u>	
Tipo de Exsudato	Cor: <u>branco</u> Consistência: <u>líquida</u>			Cor: <u>branco</u> Consistência: <u>líquida</u>	
Odor	Cheiro: <u>limpo</u>			Cheiro: <u>limpo</u>	
Doença	Exatidão: <u>precisa</u>			Exatidão: <u>precisa</u>	
Condição da pele Periférica	Normal: <u>sim</u> Alterada: <u>na borda da ferida</u>			Normal: <u>sim</u> Alterada: <u>na borda da ferida</u>	
Soluções para limpeza	<u>solução fisiológica 0,9%</u> <u>álcool 70%</u>			<u>solução fisiológica 0,9%</u> <u>álcool 70%</u>	
Colocação primária	<u>sim</u>			<u>sim</u>	
Condicionamento da ferida	<u>sim</u>			<u>sim</u>	
Hora de curativo	<u>10h</u>			<u>10h</u>	
Data da Próxima troca	<u>11/05/2010</u>			<u>11/05/2010</u>	
Em caso de 4 de 24hs	<u>sim</u>			<u>sim</u>	
Carimbo e Assinatura	<u>Paulo Roberto de Oliveira</u>			<u>Paulo Roberto de Oliveira</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.

13 CL 20

13 04 20
9

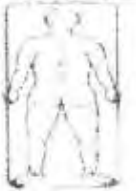
	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 Versão: 06	Data da elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015	
		ENF/LEITO:	

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: _____	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico Escara: _____	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico Escara: _____	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico Escara: _____
Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Soro-sanguíneo	Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Soro-sanguíneo
Dor: ☐ Sim ☐ Não	Odores: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	Dor: ☐ Sim ☐ Não	Odores: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ eritema ☐ Rubor ☐ Frieza ☐ Quente	Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Condição da pele Periférica: ☐ Normal ☐ Moderada ☐ seca ☐ eritema ☐ Rubor ☐ Frieza ☐ Quente	Solução para limpeza: ☐ Solução fisiológica 0.9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cuidado primário: ☐ Gaze ☐ Fibrina ☐ AGE ☐ Hidrocolóide ☐ Outros: _____	Data da Próxima troca: ☐ Amanhã ☐ Hoje ☐ Tarde	Cuidado primário: ☐ Gaze ☐ Fibrina ☐ AGE ☐ Hidrocolóide ☐ Outros: _____	Data da Próxima troca: ☐ Amanhã ☐ Hoje ☐ Tarde
Assinatura e Assinatura de Enfermagem	Assinatura e Assinatura de Enfermagem	Assinatura e Assinatura de Enfermagem	Assinatura 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, estes devem ser evoluídos separadamente.

13 62 20
S

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº	Versão: 06	Data da Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 23			

Nome: <u>Lucio Nery Jr</u>		Data: <u>13/04/2020</u>	
DATA:	Localização / Região:	DATA:	Localização / Região:
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Etiologia: <u>Pressão - II - III - IV / V / Úlcera / Arterial / Diabética / Neurológica / Quimica / Trauma / Outra</u>		Etiologia: <u>Pressão - II - III - IV / V / Úlcera / Arterial / Diabética / Neurológica / Quimica / Trauma / Outra</u>	
Tamanho da Ferida: <u>Comprimento: 10 cm / Largura: 5 cm / Profundidade: 2 cm</u>		Tamanho da Ferida: <u>Comprimento: 10 cm / Largura: 5 cm / Profundidade: 2 cm</u>	
Aparência do Leito: <u>Teido de granulação / com estafido / Teido necrótico</u>		Aparência do Leito: <u>Teido de granulação / com estafido / Teido necrótico</u>	
Quantidade de Exsudato: <u>Nenhum / pouco / moderado / muito abundante</u>		Quantidade de Exsudato: <u>Nenhum / pouco / moderado / muito abundante</u>	
Tipo de Casado: <u>Surgido / Preexistente / Sangramento / Purulento / Infestação</u>		Tipo de Casado: <u>Surgido / Preexistente / Sangramento / Purulento / Infestação</u>	
Dor: <u>Sim / Não</u>		Dor: <u>Sim / Não</u>	
Odor: <u>Existente na remoção da cobertura / Não existe na remoção da cobertura</u>		Odor: <u>Existente na remoção da cobertura / Não existe na remoção da cobertura</u>	
Condição da pele Periférica: <u>Normal / Macerada / Seca / Eritema / Rubor / Prurido / Outras</u>		Condição da pele Periférica: <u>Normal / Macerada / Seca / Eritema / Rubor / Prurido / Outras</u>	
Solução para limpeza: <u>Nápoli Fluoredo 0.9% / Clorexidina 1% / Clorexidina 4% / Outro</u>		Solução para limpeza: <u>Nápoli Fluoredo 0.9% / Clorexidina 1% / Clorexidina 4% / Outro</u>	
Cobertura primária: <u>Gasado / Fome / AGE / Colágeno / Sulfadiazina de Prata / Curio / Outro</u>		Cobertura primária: <u>Gasado / Fome / AGE / Colágeno / Sulfadiazina de Prata / Curio / Outro</u>	
Hora de curativo: <u>Manhã / Tarde</u>		Hora de curativo: <u>Manhã / Tarde</u>	
Data da Próxima troca: <u>07/04/2020</u>		Data da Próxima troca: <u>07/04/2020</u>	
Em caso de: <u>24hs</u>		Em caso de: <u>24hs</u>	
Tempo e ass. em Enfermagem: <u>01h</u>		Tempo e ass. em Enfermagem: <u>01h</u>	
Caminho e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>		Caminho e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>	
Observações:		Observações:	

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convul Solutions Programs.
Este documento com 02 ou mais folhas, estas devem ser incluídas separadamente.

13 04 2020





[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
SEXO		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	SICAPTOPRIL 75MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 100 MMMHG				SN
9	ASSVD + CCGG 6/5 II				ROTINA
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				18 ^h 27 ^a
11	CLARAXIL 40 MG SC 1X DIA				15 ^h
12	VORINE 400ML 1AMP + SRO 5% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16 ^h
13	REGISTRATIVO DIARIO				ROTINA
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE PRECISAR DE CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
 100U 0.1MM 2.500U MA 200 250 300 350 400 500 600
 100U 0.1MM 2.500U MA 200 250 300 350 400 500 600
 100U 0.1MM 2.500U 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

PROJUDI - Processo: 0824519-62.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 9.2 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho
06/10/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS



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 PERIFERICO				
3	SF 0.9% 500ml EV ACM				
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIROVA 1G EV 12/12H SN				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DL CP VO DL 5/8H SN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAITOPRIL 25MG VO SL PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	SSVV + CCGG 6/6 H				
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
11	CITRAXIL 40 MG SC 1X DIA				
12	NORIPURINE (AMP + SF 0.9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

SE TRATAR DE COMBINAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
AÇÃO: 15-300 500 = 400 10 UI L OITAVAS 50% 70 UI/ML
GLICEMIA 50% 40 ML EV - AVERIGUAR PLANTONISTA

INDICAÇÃO MÉDICA:

PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO
DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS
AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE
FRATURA S. FRATURAS

DR MARCUS BRUNNER
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

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

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				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SEF 0.9% 500ml EV ACM				
4	OMPRAROL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPRONA 1G EV 12/12H 5%				
6	TRAVAL 100MG + SE 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H 5%				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
9	SINV + COBG 6/6 H				
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
11	ELEXANE 40 MG SC 1X DIA				
12	NORIPURUM 1AMP + SFC 9% 100ML EV 1X DIA ALTERNADOS				16.30 OK
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
GLICOSE 50% 40 ML EV - AVIDAR PLANTONISTIA

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	TEMP	2	3
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):
4.000-4.999 UNIDADES: 200, 240, 280, 320, 360, 400, 440, 480, 520, 560, 600, 640, 680, 720, 760, 800, 840, 880, 920, 960, 1000, 1040, 1080, 1120, 1160, 1200, 1240, 1280, 1320, 1360, 1400, 1440, 1480, 1520, 1560, 1600, 1640, 1680, 1720, 1760, 1800, 1840, 1880, 1920, 1960, 2000, 2040, 2080, 2120, 2160, 2200, 2240, 2280, 2320, 2360, 2400, 2440, 2480, 2520, 2560, 2600, 2640, 2680, 2720, 2760, 2800, 2840, 2880, 2920, 2960, 3000, 3040, 3080, 3120, 3160, 3200, 3240, 3280, 3320, 3360, 3400, 3440, 3480, 3520, 3560, 3600, 3640, 3680, 3720, 3760, 3800, 3840, 3880, 3920, 3960, 4000, 4040, 4080, 4120, 4160, 4200, 4240, 4280, 4320, 4360, 4400, 4440, 4480, 4520, 4560, 4600, 4640, 4680, 4720, 4760, 4800, 4840, 4880, 4920, 4960, 5000, 5040, 5080, 5120, 5160, 5200, 5240, 5280, 5320, 5360, 5400, 5440, 5480, 5520, 5560, 5600, 5640, 5680, 5720, 5760, 5800, 5840, 5880, 5920, 5960, 6000, 6040, 6080, 6120, 6160, 6200, 6240, 6280, 6320, 6360, 6400, 6440, 6480, 6520, 6560, 6600, 6640, 6680, 6720, 6760, 6800, 6840, 6880, 6920, 6960, 7000, 7040, 7080, 7120, 7160, 7200, 7240, 7280, 7320, 7360, 7400, 7440, 7480, 7520, 7560, 7600, 7640, 7680, 7720, 7760, 7800, 7840, 7880, 7920, 7960, 8000, 8040, 8080, 8120, 8160, 8200, 8240, 8280, 8320, 8360, 8400, 8440, 8480, 8520, 8560, 8600, 8640, 8680, 8720, 8760, 8800, 8840, 8880, 8920, 8960, 9000, 9040, 9080, 9120, 9160, 9200, 9240, 9280, 9320, 9360, 9400, 9440, 9480, 9520, 9560, 9600, 9640, 9680, 9720, 9760, 9800, 9840, 9880, 9920, 9960, 10000.
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

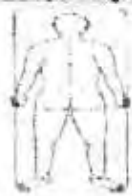
DR MARCELO MARQUES
CRM 1918

DR LEONARDO RABELO

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

13 04 20
9



Nome: _____			
DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região  	DATA: GRAU - I GRAU - II	Localização / Região  
Etiologia	☐ Pressão ☐ I-II ☐ Retorção Artorial ☐ Diabética ☐ Neuroplática ☐ Congênita ☐ Trauma mecânico	Etiologia	☐ Pressão I-II ☐ I-V ☐ Varicela ☐ Artorial ☐ Diabética ☐ Neuroplática ☐ Congênita ☐ Trauma mecânico
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tipo de granulação ☐ com escorço ☐ Tipo necrótico	Aparência do Leito:	☐ Tipo de granulação ☐ com escorço ☐ Tipo necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ úmido pouco ☐ úmido moderado ☐ úmido abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco mínimo ☐ úmido pouco ☐ úmido moderado ☐ úmido abundante
Cor da exsudação:	☐ Serosa ☐ Fibrinosa ☐ Sanguinolenta ☐ Purulenta ☐ Serososanguinolenta	Cor da exsudação:	☐ Serosa ☐ Fibrinosa ☐ Sanguinolenta ☐ Purulenta ☐ Serososanguinolenta
Dor:	☐ Sim ☐ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ à beira do leito ☐ Sem odor	Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ à beira do leito ☐ Sem odor
Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Amarelada ☐ seca ☐ Fértil ☐ Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	Condição da pele Periférica:	☐ Normal ☐ Amarelada ☐ seca ☐ Fértil ☐ Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Cloroxina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	Solução para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colapexes ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGF ☐ Outro: _____	Cobertura primária	☐ Gaze ☐ Colapexes ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGF ☐ Outro: _____
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. Tec. em Enfermagem	01- _____ 02- _____	Carimbo e ass. Tec. em Enfermagem	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
Observações:		Observações:	

13 0.4 20





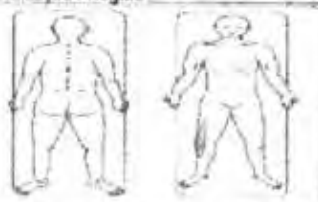
13 04 20

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
IDADE		LEITO	328	DATA	6/3/2020
ILV	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				3
2	ACCESSO VENOSO PERIFERICO				7h30
3	SOL 0,9% 500ml EV ACM				4h
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 1G EV 12/12H 5V				12h
6	STRAMA 100MG + SF 0,9% EV OU UI EP VO DL 6/8H 5V				6h
7	PLASIV 10 + 1g EV 8/8H (5/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					
SE O PACIENTE FOR SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BALCA SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS ACORDA PROCELIAMENTO CIRURGICO PARA SINTESE DE DEPLAS FRATURAS					
				DR MARCELO MARQUES	
				CRM 1917	
				DR MARCELO MARQUES	
				CRM 1918	
				DR LEONARDO RABELO	
				CRM 1713	
SINAIS VITAIS	FC	FR	TEMP	PA	DI
DIH					
24					
28H					
24H					

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 ☐ Outra:	Pressão: ☐ I - II - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neurológica ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:		
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Profundidade: _____ cm		
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico		
Quantidade de Exsudato: ☐ Nenhum ☐ pouco ☐ muito, pouco ☐ Umido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ Nenhum ☐ pouco ☐ muito, pouco ☐ Umido, moderado ☐ molhado, abundante		
Tipo de sangramento: ☐ Soro ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo	☐ Soro ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosanguíneo		
Dor: ☐ Sim ☐ Não	Dor: ☐ Sim ☐ Não		
Olor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	Olor: ☐ 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 ☐ Prurido ☐ Outras:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		
Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outras: <u>Clorox 100 mg</u>	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outras:		
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Curto	☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Curto		
Hora do curativo: <u>14h30</u>	Hora do curativo: <u>14h30</u>		
Data da Próxima troca: Em caso de e de 24hs	Data da Próxima troca: Em caso de e de 24hs		
Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>	Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>		
Assinatura do Assistente Social:		Assinatura do Assistente Social:	
Assinatura do Médico:		Assinatura do Médico:	
Assinatura do Farmacêutico:		Assinatura do Farmacêutico:	
Assinatura do Nutricionista:		Assinatura do Nutricionista:	
Assinatura do Psicólogo:		Assinatura do Psicólogo:	
Assinatura do Físico:		Assinatura do Físico:	
Assinatura do Odontólogo:		Assinatura do Odontólogo:	
Assinatura do Radioterapeuta:		Assinatura do Radioterapeuta:	
Assinatura do Fonoaudiólogo:		Assinatura do Fonoaudiólogo:	
Assinatura do Terapeuta Ocupacional:		Assinatura do Terapeuta Ocupacional:	
Assinatura do Enfermeiro Especializado:		Assinatura do Enfermeiro Especializado:	
Assinatura do Técnico de Enfermagem:		Assinatura do Técnico de Enfermagem:	
Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:		Assinatura do Auxiliar de Enfermagem:	
Assinatura do Agente de Limpeza:		Assinatura do Agente de Limpeza:	
Assinatura do Agente de Segurança:		Assinatura do Agente de Segurança:	
Assinatura do Agente de Transporte:		Assinatura do Agente de Transporte:	
Assinatura do Agente de Alimentação:		Assinatura do Agente de Alimentação:	
Assinatura do Agente de Higiene:		Assinatura do Agente de Higiene:	
Assinatura do Agente de Manutenção:		Assinatura do Agente de Manutenção:	
Assinatura do Agente de Segurança:		Assinatura do Agente de Segurança:	
Assinatura do Agente de Transporte:		Assinatura do Agente de Transporte:	
Assinatura do Agente de Alimentação:		Assinatura do Agente de Alimentação:	
Assinatura do Agente de Higiene:		Assinatura do Agente de Higiene:	
Assinatura do Agente de Manutenção:		Assinatura do Agente de Manutenção:	

Este documento, adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Univaler, Solutions Programs.
Os pacientes com 21 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas separadamente.

13 04 20

1/1

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 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	FRATURA ABERTA + CLAVICULA + COTOVELO + ANTEBRAÇO				
ALERGIAS	NCA	HA	NECA	DMZ	NCA
IDADE	LEITO		328		DATA 05/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA DIETAL LIVRE				12h
2	ACesso VENOSO PERIFERICO				12h
3	SOL 0.9% 500ml EV ACM				12h
4	OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA				
5	DIPIRONA 16 EV 12/12H SN				
6	RAMAL 100MG + SOL 0.9% EV OU RI CP VO DE 8/8h SN				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS< 160 L/OU PAD> 110 MMMHG				
9	SSVV + COG 6/6 H				
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				
11	DIPERAN 40 MG SC 1X/DIA				
12	NORIPURUM 1AMP - SOL 0.9% 100ml EV 1X DIA ALTERNADOS				
13	CURATIVO DIARIO				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
NOTA: O PACIENTE DEVE SER MONITORADO EM RELAÇÃO ÀS REAÇÕES ADVERSAS ÀS DROGAS E ÀS MANEIRAS DE ADMINISTRAÇÃO. EM CASO DE REAÇÃO ADVERSA, DEVE SER NOTIFICADO O MÉDICO RESPONSÁVEL E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA. EM CASO DE REAÇÃO ADVERSA GRAVE, DEVE SER NOTIFICADO O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E O SERVIÇO DE INTENSIVISMO. EM CASO DE REAÇÃO ADVERSA GRAVE, DEVE SER NOTIFICADO O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E O SERVIÇO DE INTENSIVISMO.					
EVOLUÇÃO MÉDICA					
PACIENTE FOI SUBMETIDO A TROCA DE FIXADOR EXTERNO DE BACIA. SOLICITO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS. ATUARÁ PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA SÍNTESE DE SUAS FRATURAS.			DR. MARCUS BRUNNER CRM 1917 DR. MARCELO MARQUES CRM 1918 DR. LEONARDO RABELO		
RESA S VESPA	FE	FR	TEMP	DI	
6h					
12h					
18h					
24h					

18 04 20
9



	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 Versão 06	Data da elaboração
	Comissão de Curativo - HC	Ano: 2020 Janeiro - 2020	Fevereiro 2023
	ENF/LEITO:		

Nome: _____			
DATA	Localização / Região	DATA	Localização / Região
GRAU - I		GRAU - I	
GRAU - II		GRAU - II	
Etiologia	Infecção - ☐ Trauma - ☐ Varicela - ☐ Queimadura - ☐ Doença sistêmica - ☐ Trauma - ☐ Outros - ☐	Infecção - ☐ Trauma - ☐ Varicela - ☐ Queimadura - ☐ Doença sistêmica - ☐ Trauma - ☐ Outros - ☐	Infecção - ☐ Trauma - ☐ Varicela - ☐ Queimadura - ☐ Doença sistêmica - ☐ Trauma - ☐ Outros - ☐
Tamanho da Ferida	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito	1) Tipo de granulação: ☐ Contundente ☐ Fibrinosa ☐ Necrótica	1) Tipo de granulação: ☐ Contundente ☐ Fibrinosa ☐ Necrótica	1) Tipo de granulação: ☐ Contundente ☐ Fibrinosa ☐ Necrótica
Características do Exudado	1) Quantidade: ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ 2) Cor: ☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Verde ☐ Preto	1) Quantidade: ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ 2) Cor: ☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Verde ☐ Preto	1) Quantidade: ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito ☐ 2) Cor: ☐ Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Verde ☐ Preto
Tipo de exsudato	1) Soro ☐ Fibrina ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros ☐	1) Soro ☐ Fibrina ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros ☐	1) Soro ☐ Fibrina ☐ Sangue ☐ Pus ☐ Outros ☐
Cor	1) Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Verde ☐ Preto ☐	1) Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Verde ☐ Preto ☐	1) Amarelo ☐ Branco ☐ Vermelho ☐ Verde ☐ Preto ☐
Odor	1) Não há odor ☐ 2) Cheiro de carne ☐ 3) Cheiro de urina ☐ 4) Cheiro de fezes ☐ 5) Cheiro de sangue ☐ 6) Cheiro de pus ☐ 7) Cheiro de outros ☐	1) Não há odor ☐ 2) Cheiro de carne ☐ 3) Cheiro de urina ☐ 4) Cheiro de fezes ☐ 5) Cheiro de sangue ☐ 6) Cheiro de pus ☐ 7) Cheiro de outros ☐	1) Não há odor ☐ 2) Cheiro de carne ☐ 3) Cheiro de urina ☐ 4) Cheiro de fezes ☐ 5) Cheiro de sangue ☐ 6) Cheiro de pus ☐ 7) Cheiro de outros ☐
Condição da pele Periférica	1) Normal ☐ 2) Vermelha ☐ 3) Amarela ☐ 4) Verde ☐ 5) Preta ☐ 6) Outras ☐	1) Normal ☐ 2) Vermelha ☐ 3) Amarela ☐ 4) Verde ☐ 5) Preta ☐ 6) Outras ☐	1) Normal ☐ 2) Vermelha ☐ 3) Amarela ☐ 4) Verde ☐ 5) Preta ☐ 6) Outras ☐
Soluções utilizadas	1) Solução de Furoxona 10% ☐ 2) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 3) Solução de Povidone Iodo ☐ 4) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 5) Solução de Povidone Iodo ☐ 6) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 7) Solução de Povidone Iodo ☐ 8) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 9) Solução de Povidone Iodo ☐ 10) Solução de Clorexidina 0,05% ☐	1) Solução de Furoxona 10% ☐ 2) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 3) Solução de Povidone Iodo ☐ 4) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 5) Solução de Povidone Iodo ☐ 6) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 7) Solução de Povidone Iodo ☐ 8) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 9) Solução de Povidone Iodo ☐ 10) Solução de Clorexidina 0,05% ☐	1) Solução de Furoxona 10% ☐ 2) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 3) Solução de Povidone Iodo ☐ 4) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 5) Solução de Povidone Iodo ☐ 6) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 7) Solução de Povidone Iodo ☐ 8) Solução de Clorexidina 0,05% ☐ 9) Solução de Povidone Iodo ☐ 10) Solução de Clorexidina 0,05% ☐
Cobertura primária	1) Não há ☐ 2) Curativo ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Curativo ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Curativo ☐ 3) Outros ☐
Curativo utilizado	1) Não há ☐ 2) Curativo ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Curativo ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Curativo ☐ 3) Outros ☐
Medicamento	1) Não há ☐ 2) Medicamento ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Medicamento ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Medicamento ☐ 3) Outros ☐
Data da Próxima troca	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐
Em caso de + de 24h	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐
Exemplo e ass. em Enfermagem	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐
Assinatura e Assinatura de Enfermeiro	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐	1) Não há ☐ 2) Data ☐ 3) Outros ☐

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

13 04 30
9



13 C/A 20

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			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	###
PACIENTE JULIO MENEZES PALACIO			
GNOSTIFX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE			
ALERGIA:	NEGA	HAS	NEGA DM?
IDADE:	anos	1 FETO	32e DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
	DIETA ORAL LIVRE		SN
1	AC-SAO VENOSO PLURIPERICO		manter
4	FLA 100 25MG EV 12 LH		06 18
2	OBERO 1000AC NO 400mg EV 12 500mg VO de 12em 12hs		18 22
3	VIA PUR M 1200 100ML 500.9% 1X AO DIA DIAS ALTERNADOS		18 22
7	DIPIRONA 1G EV 8H SN		12 18 24 06
6	TRAMAL 100RC 100 50.9% 1V OR 12H P VONDE 8:30 SE DOR INTE		SN
5	PLASB 100mg EV 8H 3 N		SN
8	CURATIVO DIARIO		
9	ASA 100PRIL 25MG VO 8H PAS 150 L OU PAS 150 MMHGO		SN
10	SINOS VITAIS E CUIDADOS G-RAIS		ROTINA
11	EXAME 40MG 1X DIA		
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			

EVOUÇÃO MÉDICA.

[illegible]DA MARC O. BRUNDELLE
CHICAGO, ILL.DR MARCEL G. MARCQUS
L'RM 2018

SIN AIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

CIELOVNI DNEVNIK
 Text. 1. del
 CORONA-RS 601 854 100

The Leverage Ratio
 Operating & Financial
 CMA 2011 718 2011 718



13 04 20
39

NOME:		Localização / Região		DATA:		Localização / Região	
GRAU - I GRAU - II		 		GRAU - I GRAU - II		 	
Etiologia		☐ Pressão / ☐ Trauma / ☐ Varizes / ☐ Afecção neurológica / ☐ Cirurgia / ☐ Trauma / ☐ Outra		☐ Pressão / ☐ Trauma / ☐ Varizes / ☐ Afecção neurológica / ☐ Cirurgia / ☐ Trauma / ☐ Outra		☐ Pressão / ☐ Trauma / ☐ Varizes / ☐ Afecção neurológica / ☐ Cirurgia / ☐ Trauma / ☐ Outra	
Tamanho da Ferida		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito		☐ Tecido de granulação / ☐ bem vascularizado / ☐ tecido necrótico		☐ Tecido de granulação / ☐ bem vascularizado / ☐ tecido necrótico		☐ Tecido de granulação / ☐ bem vascularizado / ☐ tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato		☐ seco, mínimo / ☐ umido, pouco / ☐ umido, moderado / ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo / ☐ umido, pouco / ☐ umido, moderado / ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo / ☐ umido, pouco / ☐ umido, moderado / ☐ molhado, abundante	
Tipo de Exsudato		☐ Seroso / ☐ Purulento / ☐ Fibrinoso / ☐ Sanguinolento / ☐ Seroso-gelatinoso		☐ Seroso / ☐ Purulento / ☐ Fibrinoso / ☐ Sanguinolento / ☐ Seroso-gelatinoso		☐ Seroso / ☐ Purulento / ☐ Fibrinoso / ☐ Sanguinolento / ☐ Seroso-gelatinoso	
Dor		☐ Sim / ☐ Não		☐ Sim / ☐ Não		☐ Sim / ☐ Não	
Odor		☐ evidente na abertura da cobertura / ☐ à beira do leito / ☐ evidente ao entrar no quarto / ☐ Sem odor		☐ evidente na abertura da cobertura / ☐ à beira do leito / ☐ evidente ao entrar no quarto / ☐ Sem odor		☐ evidente na abertura da cobertura / ☐ à beira do leito / ☐ evidente ao entrar no quarto / ☐ Sem odor	
Condição da pele Periférica		☐ Normal / ☐ Marcada / ☐ seca / ☐ Eritema / ☐ Rubor / ☐ Frieza / ☐ Quente		☐ Normal / ☐ Marcada / ☐ seca / ☐ Eritema / ☐ Rubor / ☐ Frieza / ☐ Quente		☐ Normal / ☐ Marcada / ☐ seca / ☐ Eritema / ☐ Rubor / ☐ Frieza / ☐ Quente	
Soluções para limpeza		☐ Solução fisiológica 0,9% / ☐ Clorexidina 0,05% / ☐ Clorexidina 0,1% / ☐ Outra _____		☐ Solução fisiológica 0,9% / ☐ Clorexidina 0,05% / ☐ Clorexidina 0,1% / ☐ Outra _____		☐ Solução fisiológica 0,9% / ☐ Clorexidina 0,05% / ☐ Clorexidina 0,1% / ☐ Outra _____	
Cobertura primária (Grelha ou outro material)		☐ Gaze / ☐ Teflon / ☐ AGF / ☐ Lã / ☐ Hidrogel / ☐ Alginato / ☐ Hidrocolóide / ☐ Outra _____		☐ Gaze / ☐ Teflon / ☐ AGF / ☐ Lã / ☐ Hidrogel / ☐ Alginato / ☐ Hidrocolóide / ☐ Outra _____		☐ Gaze / ☐ Teflon / ☐ AGF / ☐ Lã / ☐ Hidrogel / ☐ Alginato / ☐ Hidrocolóide / ☐ Outra _____	
Flora do curativo		☐ Limpa / ☐ Contaminada		☐ Limpa / ☐ Contaminada		☐ Limpa / ☐ Contaminada	
Nota da Próxima visita. Em caso de + de 24hs							
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro		01- _____ 02- _____		01- _____ 02- _____		01- _____ 02- _____	



13 04 20



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						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	anos	LEITO	323	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 VO DE BR - SE DOR INTENS					SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN
9	CURATIVO DIÁRIO					
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE HAS - SE LHOU 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					

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		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



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1 - Versão 06	Data de Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro, 2015 ENF/LEITO: 322	

[illegible]

16. Os instrumentos adaptados da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Consales, Solutions Program e psicólogos com 12 ou mais anos, e eles devem ser revistos regularmente.

13 04 20
(1)

13 04 90



0503-2507/96/0007-0000\$05.00/0

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				
AGNOST	FX CLAVICULA+FX COTOVELO+ ANTEBRAÇO+ PELVE				
ALERGIA	NEGA	IAS	NEGA	UM2	NEGA
IDADE	anos	LE TO	32B	DATA	2/3/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter
3	TIATIL 200MG EV 12H				
4	CIPROFLOXACINO 400mg EV IL 500mg VO de 12em 12hs				10:22
5	NORFLOXAMINA 1000ML 850.8mg 1X AO DIA, DIAS ALTERNAS				
6	DITIRONA 1G EV 6/6H S/N				12:18 24:06
7	DIAVAL 100MG + 5-FLU 900EV IL 700CP VO DE 8/8H 5L DOR INTENSA				SN
8	FL/ST 10mg EV 8/8H S/N				SN
9	CURATIVO DIARIO				
10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS + 150EQU PAD + 100MMHG				SN
11	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS				ROTINA
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (BD) 20NCFINE INSULINA 200 250 200 250 250 400 500 550 600 360 400 800 1400 10 UI + 100UI 120UI 100UI GLICOSE 50-140 MG/DL EV + AVISAR PLANTONIA					
EVOLUÇÃO MEDICA:					
DR MARCUS BRUNNER CRM 19628 DR MARCELO MARQUES CRM 19118					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120/70	80		36.3	G E
12 H					
18 H					
24 H					

13 01 20





HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME: JULIO MENEZES PALACIO

HE: Anemia + Fratura do cotovelo, antebraço, clavícula, peixe (em livro aberto)

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

01/03/2020 Dia quarta-feira, conforme prescrição

Assinatura: [Assinatura] Médico: [Assinatura] 20/03/2020

diária

1. Sulfato de Ferro 1V de 12/12h - 30 dias

2. Captopril 50mg 400mg 1V de 12/12h em 30 dias

3. Dexametasona 12/12h

4. Norquetamol 100mg 1V de 12/12h em 30 dias

5. Alternação

6. Clindamicina 600mg 1V de 6/6h

7. Dipirona 1V de 6/6h

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

9. Omeprazol 40mg 1V de 12/12h, em jejum

10. Fome 100mg 1V de 8/8h

11. Ondansetron 8mg via endovenosa 8/8h (nas 12h)

12. Cloxacilina 500mg 1V de 6/6h em 30 dias

13. Comunicar efeitos adversos ao plantonista

14. Sinais vitais 6 horas em 30 dias, conforme necessidade

15. [Assinatura] 01/03/2020

16. [Assinatura] 01/03/2020

17. [Assinatura] 01/03/2020

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR 50

06h	10U	18h	10U
12h	10U	24h	10U

REGISTRO DE ENFERMAGEM

GLIC 50% 40 ml IV, em bolus, se Glicemia > 70 mg/dl

SINAIS VITAIS

Horario	06h	12h	18h	24h
PA				
FC				
TA				
FR				
Exatidão				
Diurese				
Deito				
Insulina				
Regular				
SNG				
Dreno				
Responsável				

01/03/2020
[Assinatura]
[Assinatura]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GOMILIO 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

SOLTEIRO

GERALDO ROCHA FRANCO

MARIA DO ROSÁRIO GONÇALVES FRANCO

INT. 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
Bomfim de São

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



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 PÚBLICA.
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

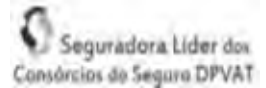
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



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 Arripaíra 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.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Julio Menezes Palacio
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro
PROFISSÃO: autônomo RG: _____
CPF: 032.685.812-18 ENDEREÇO: R. Sebastião Arripaíra 441
BAIRRO: Silvina 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 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.

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: **function**

Sociedade anônima

Porte Empresarial

Normal

MS 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

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

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO D0003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFADE5ECF8FFD5CF68740F233K496AFDA80E1FB8

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



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
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

CR *Lucia*

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.jucecja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 3/13



JUCECJA
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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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



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

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

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

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017


HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 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: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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





14

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

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

PORTARIA Nº 755, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.62361/2017.50, resolve:

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

I - Aumento do capital social em R\$ 490.168,90, elevando-o para R\$ 3.155.951,81, o valor em 179.246.992 ações ordinárias nominativas, sem valor nominal;

II - Reforma do estatuto social.

Art. 2º Resultar que o percento de R\$ 180,14,60 do aumento de capital subscrito deverá ser integralizado até 30 de junho de 2018.

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

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 756, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966 e o que consta do processo Susep 15414.62361/2017.50, resolve:

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

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

PAULO DOS SANTOS

PORTARIA Nº 757, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

O DIRETOR SUBSTITUTO DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SEGUROS PRIVADOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da competência delegada pelo Superintendente da Susep, por meio da Portaria n.º 4.523, de 30 de maio de 2016, tendo em vista o disposto na alínea a do artigo 36 do Decreto-Lei n.º 73, de 21 de novembro de 1966, anexo em anexo 3º da Lei Complementar n.º 124, de 15 de janeiro de 2007 e o que consta do processo Susep 15414.62361/2017.50, resolve:

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

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

PAULO DOS SANTOS

RETIFICAÇÃO

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

Ministério da Indústria,
Comércio Exterior e Serviços

INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA,
QUALIDADE E TECNOLOGIA

PORTARIA Nº 38, DE 19 DE JANEIRO DE 2018

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE METROLOGIA, QUALIDADE E TECNOLOGIA - INMETRO, no uso de suas atribuições, conferidas no § 3º do art. 4º da Lei n.º 5.966, de 11 de dezembro de 1973, nos incisos I e IV do art. 3º da Lei n.º 9.933, de 20 de dezembro de 1999, e no inciso V do art. 18 da Emenda Constitucional n.º 14, de 18 de maio de 2012, que aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos:

Considerando a Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, que aprova o Regulamento de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviários Destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicada no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 2018, seção 01, página 48;

Considerando que o Inmetro é a entidade par a ser acreditada, conforme o disposto no § 1º do art. 2º do Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, deve atuar a adequação dos veículos e dos equipamentos rodoviários destinados a esse fim;

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

Considerando a necessidade de ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade aprovados pela Portaria Inmetro n.º 16/2018, resolve:

Art. 1º Ficam aprovados os ajustes dos Requisitos de Avaliação da Conformidade para Tanques de Carga Rodoviários destinados ao Transporte de Produtos Perigosos, publicados pela Portaria Inmetro n.º 16, de 14 de janeiro de 2018, conforme disposto no Anexo desta Portaria, disponibilizado no site www.inmetro.gov.br ou no endereço abaixo:

Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia - Inmetro

Diretoria de Avaliação da Conformidade - Diconf
Rua Santa Apolônia, n.º 416 - 3º andar - Rio Comprido

Cep 20.261-232 - Rio de Janeiro - RJ

Art. 2º Ficam substituídos os Anexos A e D da Portaria Inmetro n.º 16/2018 pelos Anexos A e D anexas a esta Portaria.

Art. 3º Ficam incluídos na Portaria Inmetro n.º 16/2018 os Anexos F e G anexas a esta Portaria.

Art. 4º Ficam incluídos, no art. 4º da Portaria Inmetro n.º 16/2018, as seguintes alterações:

SECRETARIA DE COMÉRCIO EXTERIOR

CIRCULAR Nº 4, DE 22 DE JANEIRO DE 2018

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

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

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

3. O encaminhamento sobre a análise das propostas poderá ser realizado por meio do endereço eletrônico <http://www.mdic.gov.br/infoc/comercio> ou pelo endereço de correio eletrônico comercio@mdic.gov.br.

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

RENATO AGOSTINHO DA SILVA

SITUAÇÃO ATUAL		ANEXO		SITUAÇÃO PROPOSTA	
2917.20.08	Acidos poliacetilenicos cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados	3	2917.20	Acidos poliacetilenicos, cíclicos, cíclicos ou cíclicos, seus análogos, homólogos, derivados e seus derivados	1, 2
			2917.20.1		
			2917.20.15		
			2917.20.50		
			Outros		
			Outros		

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>, pelo código 0001281012300014

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

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

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

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

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5E6CF8FDF5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

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





4996507

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

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

ESTATUTO SOCIAL

CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO

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

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

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

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

CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES

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

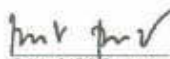
Parágrafo Primeiro – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

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

CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL

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

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


Bernardo F.S. Berwanger
Secretário Geral

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





4996508

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

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

Parágrafo Segundo - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

Parágrafo Terceiro - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

Parágrafo Quarto - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, ¼ (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

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

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

CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

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

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

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

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

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

Bernardo F. S. 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 DE DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695
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.

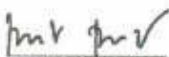
ARTIGO 31 - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados 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.	TJ-FUNDOS	CTPS 46062 série 06077 ME
ETLP-56891 HDE, ETLP-56892 GRS	Total	Ad. 20.5.3º Lei 8.936/94
Consulte em https://ww3.tjri.jus.br/sitepublico		



SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **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.**; **SUHA SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato.





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

