
Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323443

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANA DA SILVA NUNES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCIO NUNES DE SOUSA

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

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323443

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO NUNES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200323443

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

Data do Acidente: 01/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANA DA SILVA NUNES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO NUNES DE SOUSA

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

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

Dano Pessoal: Perda 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

Recebedor: MARCIO NUNES DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010124054-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.834.832-80 4 - Nome completo da vítima: Marcio Nunes da Silva

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

5 - Nome completo: Marcio Nunes da Silva 6 - CPF: 018.834.832-80
7 - Profissão: vigilante 8 - Endereço: Rua Antonio Coutinho da Silva 1769 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-176
15 - E-mail: fabiana.karabai@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 95-9148-6087

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: Fabiana da Silva Nunes
18 - CPF do Representante Legal: 890.312.292.53 19 - Profissão do Representante Legal: advogada

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 124.054 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR, 22 de junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Marcio Nunes da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver) Fabiana S. Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.834.832-80 4 - Nome completo da vítima: Marcio Nunes de Sousa.

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

5 - Nome completo: Marcio Nunes de Silva. 6 - CPF: 018.834.832-80
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: Rua Antônio Coutinho da Silva 9 - Número: 1769 10 - Complemento:
11 - Bairros: Santa Luzia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-176
15 - E-mail: RYCKY1983@Hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 9148.6087

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 124.054 4
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista / RR, 17 de setembro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Marcio Nunes de Sousa

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Fabiana S. Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR - CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 9665/2020 - Registrado em: 26/08/2020 às 13h 18min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 01/02/2020 às 07h 40min

LOCAL DO FATO

Município: AMAJARI

Logradouro: VC 01 PA BOM JESUS

Bairro: CENTRO

Referência: VILA DA BOLA

Complemento: KM 07

UF: RR

Nº: 701

CEP: 69343-000

Tipo de local: ASSENTAMENTO RURAL

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

MARCIO NUNES DE SOUSA(29), nascido(a) em 13/05/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 018.834.832-80, País: BRASIL, natural de CAXIAS-MA, filho(a) de FRANCISCA BATISTA DA SILVA e PEDRO EVANGELISTA DE SOUSA, endereço: AMAJARI, Nº: 820, bairro: DOUTOR AIRTON ROCHA, BOA VISTA-RR, referência: PROXIMO DA PRAÇA, Telefone: (95) 98117-286.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE POR VOLTA DAS 07:40HS DA MANHA DO DIA 01 DE FEVEREIRO DE 2020, O COMUNICANTE JUNTAMENTE COM SENHORA CLEIDE, ESTAVAM SE DESLOCANDO EM SUA MOTO CG FAN 150 CC, DE PLACA NAO6173, NA VICINAL 01 DO AMAJARI, SEGUINDO SENTIDO À VILA BRASIL, PARA A VILA DA BOLA, E DURANTE A TRAVESSIA DA PONTE CHAMADA "PAU BARU", O DESLIZANTE DA PONTE ESTAVA SOLTO, O QUE FEZ COM QUE O MOTORISTA DA MOTOCICLETA PERDESSE O CONTROLE, VINDO A CAIR NAS PEDRAS DO RIO PAU BARU. QUE FICARAM DAS 07:40HS ATÉ AS 13:00HS NO LOCAL, QUANDO FORAM LOCALIZADOS POR MORADORES QUE ESTAVAM PASSANDO, QUE FIZERAM CONTATO COM O SAMU E A POLÍCIA, PARA FAZER O RESGATE DOS ACIDENTADOS, QUE AO CHEGAREM NO LOCAL, FIZERAM OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E FORAM CONDUZIDOS PARA HOSPITAL DA VILA BRASIL, ONDE O MEDICO OS EXAMINOU E REALIZOU OS PROCEDIMENTOS DE PRAXE, E SOLICITOU QUE ELES FOSSEM CONDUZIDOS PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA- HGR.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRONICAMENTE

MARCIO NUNES DE SOUSA
COMUNICANTE

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.834.832-80 4 - Nome completo da vítima: Marcio Nunes da Silva

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

5 - Nome completo: Marcio Nunes da Silva 6 - CPF: 018.834.832-80
7 - Profissão: vigilante 8 - Endereço: Rua Antonio Coutinho da Silva 1769 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Luzia 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69317-176
15 - E-mail: fabiana.karabai@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 95-9148-6087

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: Fabiana da Silva Nunes
18 - CPF do Representante Legal: 890.312.292.53 19 - Profissão do Representante Legal: advogada

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0250 ☒ CONTA: 124.054 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, RR, 22 de junho 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Marcio Nunes da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Fabiana S. Nunes

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO NUNES DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010124054-6

Nr. da Autenticação 426F889DA69117B2



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0046277-2

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Góes Barros, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.341-470/0001-44 | Tel.: 067. 322-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impresão autorizado pela SEFAZ/RR

1º da Nota Fiscal 4758854

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003. FCAH

CONTA N.º	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2020	01/04/2020	187	173,07
CPF: 00095516816220			

MARCOS JOHNNY NUNES DE SOUSA
R. ANTONIO COUTRIM DA SILVA 1769 - SANTA LUZIA
CEP: 69.317-176 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA DEBILHO	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 187	Atual: 18/03/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 207	Anterior: 20/02/2020	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Clas de consumo: 1	Próxima leitura: 18/04/2020	Ligação: 02731640
Constante de Multiplicação: 1,000	Unidade: 03/03/2020	Número Medidor: 02731640
Consumo medido: 187	Apresentação: 18/03/2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 187		Modalidade: N 1403308

DESCRIÇÃO DA CONTA	
187 A R\$ 0,764425 =	142,94
CONSUMO	0,02
CORRECAO MONETARIA DA 01/20-00	0,35
CORRECAO MONETARIA IG 01/20-00	0,75
MULTA POR ATRASO DE 01/20-00	0,02
JUROS DE MORA POR ATR 01/20-00	3,55
MULTA POR ATRASO 01/20-00	0,17
JUROS DE MORA DE IMPO 01/20-00	25,27
ILUMINACAO PUBLICA	

OUTRAS INFORMACOES
TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 107 - 0.617770

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

184	50	1216	172	1220	1209	1251	1234	195	187
-----	----	------	-----	------	------	------	------	-----	-----



Para saber mais sobre
a Roraima Energia,
ligamos para 0600000000

SEM CÔDIGO
0090886-0

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Góes Barreto, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 55.045-400 Fone: (68) 341.6700-68 Fax: (68) 341.6700-68
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - 3416-0-1
Regime Especial de Impostos adotado pela 00942.00013

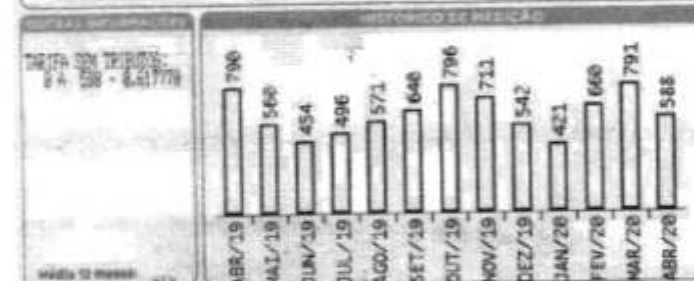
Nº da Nota Fiscal 5026616

A Tarifa Social de Energia Elétrica - 100% de desconto
para Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 FCAW

ABRIL/2020 06/05/2020 588 474,71
FABIANA DA SILVA NUNES
AV. NAZARE FILGUEIRAS 2387 1 - PINTOLANDIA
CEP: 69.310-715 - BOA VISTA
CPF: 00089031229253

DADOS DA LEITURA (KW/h)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 10540	Atual: 06/04/2020	Grupo/Endereço: 1.4.1.1.2
Anterior: 10250	Anterior: 19/03/2020	Classificação: RESIDENCIAL
Classe de consumo: 30	Proxima leitura: 20/05/2020	Uso: DIFERENÇA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 17/04/2020	Número Medidor: 0081731788
Consumo medido: 500	Apresentação: 20/04/2020	Forma de Pagamento: NORMAL
Consumo Potencial: 500		Atividade: 11405105

CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA 588 A R\$ 0,764425 = 449,48
25,23



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 05/05/2020, em função das contas rejeitadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no CADEN, informando ainda a existência de contas vencidas e de rejeitadas no valor de R\$ 216,47 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar esta aviso.

Res. Ant. Valor R\$ 02/2020 641,36

LIGUE 0800011019 E SIGA ATÉ O VENCIMENTO 16/11/16/20/25

RESERVAÇÃO AO FIDUCIÁRIO 7445.C300.811A.C935.B130.C3F0.3009.2491

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$			
Energia:	245,35	Encargos:	11,75	Base de Cálculo:	17,004	ICMS:	0,41
Transmissão:	105,40	Tributos:	06,22	PIS:	0,206	PIS:	1,73
	0,26			COFINS:	1,736	COFINS:	0,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Energia		Energia		Energia		Energia	
Índice	Trimestral	Anual	Índice	Trimestral	Anual	Índice	Trimestral
8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
0,21			1,00			0,21	

Consumo: 01581010 Período de cobrança: 02/2020 Valor: 198,92

ROT: 8.001.16.10.035405

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Góes Barreto, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 55.045-400 Fone: (68) 341.6700-68 Fax: (68) 341.6700-68

SEM CÔDIGO 0090886-0 TOTAL A PAGAR - R\$ 474,71

MÊS FATURADO 04/2020 VENCIMENTO 06/05/2020

Nº da Nota Fiscal 5026616 FCAW

836600000004 3 74710075000 5 000000000090 1 886004200008 7



SEQ.: 0132 UC: 0090886-0 DT. LEIT.: 20/04/2020 T. ENTR.: 07
F. ETTIDA - LOGRAD. NINIMAY TOTAL - ATA 75 FACA - GAC

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto eu Fabiana de S. Nunes inscrito (a) no CPF/CNPJ 890.312.292 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcio Nunes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 018.334.832 / 80 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima Marcio Nunes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o nº 018.334.832 / 80, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa em fornecer

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando o 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>Avenida Mazaré Felgueiras</u>		Número: <u>2387</u>	Complemento: <u>Escritório</u>
Bairro: <u>Pintolândia</u>	Cidade: <u>Bela Vista</u>	Estado: <u>RR</u>	CEP: <u>69.316-715</u>
E-mail: <u>Fabiana Karla 21@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD): <u>(95) 3628-1943</u>	Telefone celular (DDD): <u>(95) 98412-6557</u>

Bela Vista/RR 22 de junho de 2020
Local e Data

Fabiana da Silva Nunes
Assinatura do Declarante



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 01 / 02 / 2020 O.S.

Marcelo Muniz de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 695
RQE 434 RQE 692

1º AUXILIAR:

Dr. Fernando

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Foi realizada uma DDM sobre a região da cabeça;
2. AA + CCE;
3. Amputação da amígdala + LMC + colocação de FE diploimar sobre a cavidade maxilares + sutura da pele + curativos;
4. A RPA.

Dr. Fernando Rezende
Médico
CRM-RR 2007



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		2Ba	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Miguel Nunes de Sousa				79471	01 / 02 2000
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
+ Fístula de intestino nº 3			18:40	19:10	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		
Max	R: Pedro / R: Fernando		RES. ANESTESIA: Fabian		
			INSTRUMENTADOR R: Anderson		
2º AUXILIAR			CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA: Sedação + Raquí		Clotônica / Max			
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml
1	PACOTES GAZE			1	Excesso de Soro
1	LUVA ESTERIL 7.0				FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.5				FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 8.0				FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTERIL 8.5			1	FIO MONONYLON Nº 2.0
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS				FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 22/24				FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº				FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE TORAX Nº				FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº				FIO PROLENE Nº
	SERINGA 01ML				FIO SEDA Nº
	SERINGA 03ML				SURGICEL
1	SERINGA 05 ML				CERA P/ OSSO
	SERINGA 10ML			1	KIT CATARATA Nº
1	SERINGA 20ML				GEOPOL Ataduro
1	Eléctrodo				FIXADOR 300
	1 Caixa de O ₂				OUTROS: PUPI Jorico
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	Assandra / Jacqueline	SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
		SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

401-5



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

LEITO

DATA

01.02.2020

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVS

3

DIPIRONA 2ML EV 6/6 HORAS

4

PLASIL 10MG EV 8/8 HORAS SN

5

TILATIL 20MG IV 12/12HS

6

TRAMAL 100mg+SF0.9% 100ml IV 8/8hs se dor intensa

7

CEFALOTINA 1g IV 6/6hs

8

SINAIS VITAIS

9

CUIDADOS GERAIS

10

Clindamicina 600 mg 8/8h

11

Ciprofloxacino 400 mg 12/12h

12

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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

Dr. Fernando Rezende
CRM/RB 2007

EVOLUÇÃO MÉDICA:

06.02.2020 106X62 P. 81 T: 35,9°C

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	148X74	79		35,2°C

Às 20:00 h. Paciente admitido no bloco D,
procedente do bloco D, com tração estéril
em MIE. Aos cuidados da Ortopedia.

401-5

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/02/2020	DN	
PACIENTE	MARCIO NUNES DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	401-5	DATA	02/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO	
2	AVP			SND	
3				manter	
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H			24° 06'	
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			12° 18'	
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			24° 06'	
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR			SN	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN	
11	CURATIVO DIÁRIO			SN	
12	SSVV + CCGG 6/6H			rotacionar	
13	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H			rotacionar	
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12			12° 18'	
15				24° 06'	
16				24° 06'	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA TROCAR GESSO POR OUTRO					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA.

REA II

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	128/80	82	—	36,8°C
18 H	138/84	85	—	36°C
24 H	140/77	86	18	36,8°C

Dr. Pedro Di Girolamo
Ortopedista Traumatologista
CRM-RJ 46151

Marcia Pereira da Silva
Assistente de Enfermagem
Cortez-RJ 461.069 AE

Paciente orientado, lib
medicações horários, regim
e cuidados de enfermagem.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: <i>Marcelo Nunes de Sousa</i> Leito: <i>401-5</i> Data: <i>02/02/2020</i>		

Localização		Região: <i>MSD</i> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☒ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____	☐ LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____	☐ LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____	☐ LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular ☐ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia ☐ Outro: _____
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☐ Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	☐ Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☐ Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ ☐ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____
Pele Perilesional	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____	☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco ☐ Outro: _____
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado (X) Úmido () Seco ☐ Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Molhado () Úmido () Seco ☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Molhado () Úmido () Seco ☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____	☐ Molhado () Úmido () Seco ☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% ☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____
Troca ..	☐ 12/12 (X) Diário () 48/48h	☐ 12/12 () Diário () 48/48h	☐ 12/12 () Diário () 48/48h	☐ 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou o procedimento	<i>Francieleide A. Alencar</i> <i>Enfermeira em Enfermagem</i> <i>CRÉBEN RR-533058 TEC</i>	<i>Luciana Gomes de Lima</i> <i>Enfermeira em Enfermagem</i> <i>CRÉBEN RR-533058</i>		
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/01/2020	DN	
PACIENTE	MARCIO NUNES DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA D TIBIA E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-5	DATA	03/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR, IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12				
15	SOLICITO RX CONTROLE				
16					
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE				
	50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	TROCAR GESSO POR OUTRO				

OBSERVAÇÃO 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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERBA

RECEBI

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 556

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP.
6 H	120/70	80	20	36,4
12 H	137/89	75	20	36,3
18 H	146/91	80	19	37,2
24 H	130/99	70	19	36,2

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico () Alterações: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fraída () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação continu: () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocrada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

() Edema Local: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico Secundário	
Não	0
Sim	15
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	
Não	0
Sim	20
4. Auxílio na Deambulação	
Nenhum/Acamado/Auxiliado	0
Muleta/Bengala/Andador	15
Mobiliário Parede	30
5. Marcha/Deambulação	
Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Fraca	10
Comprometida/Cambaleante	20

6. Estado Mental	
Orientado/limitado/conhece as limitações	0
Superestima capacidade/Esquece limitação	15
TOTAL:	
Risco Baixo: 0 - 24	
Risco Médio: 25 - 44	
Risco Alto: Maior que 45	
Sinalização do Risco:	
() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	
() Risco registrado na placa de identificação leito	

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas
() Identificar o risco de queda na placa de identificação
() Auxiliar o paciente na higiene
() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
() Manter cama com rodas travadas
() Necessidade de contenção ao leito
() Manter vigilância de ____/____ horas
() Calçado seguro nos pés
() Material de uso pessoal ao alcance da mão
()

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

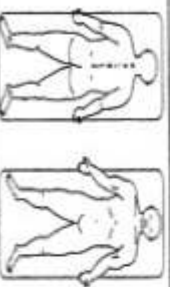
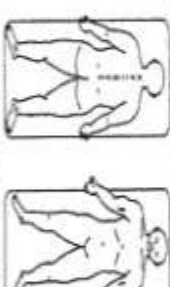
Márcio Nunes Jansen

Leito:

401.5

Data:

03/02/2020

Localização		Região: <u>mle</u> Grau: I () II (✓)		Região: <u>mle</u> <u>2</u> Grau: I () II (✓)
Etiologia	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>
Quantidade de Exsudato	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>
Troca ..	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:				
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/01/2020	DN	
PACIENTE	MARCIO NUNES DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA D TIBIA E				
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
LEITO	401-5	DATA	04/02/2020		
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				15:00 15 SW 02
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12				
15	SOLICITO RX CONTROLE				
16	PANACELONE 750mg VO 6/6h SW 02 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 TROCAR GESSO POR OUTRO				

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERBA

FERIDA SEM SECREÇÃO

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

REALI

SINAIS VITAIS				
6H	PA	FC	FR	TAX
11 12H	160/90	99	20	38.0
14 18H	132/82	103	21	37.9
24 H	141/89	95	18	37.1
17.20.06	145/80	90	16	37.8

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-1964 RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIAas 18h, por
realização de
lta # 81.
laboratório
Tic Gilia-

as 18h + tax. 37.9°C.

Adm. medicado do
Item 5 C.P.M.

17.20.06
 035: Paciente segue apresentando temperatura
 e apresentou dor abdominal. Presença
 do Plantonista Dr. Francisco. Segue
 conduta: coleta de exames laborato-
 riais / RX. e Agendado USG. p/ 06/02

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

Data: ____/____/20__

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes**REGULAÇÃO TÉRMICA**() Afebril () Febril () Hipertérmico
() Alterações: _____**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE() Hidratada () Desidratada () Ressecada
() Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse**1. Histórico de Queda**

Não

Sim

6. Estado Mental

Orientado/limitado/conhece as limitações

Superestima capacidade/Esquece limitação

TOTAL:

Risco Baixo: 0 - 24

Risco Médio: 25 - 44

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco:

() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem

() Risco registrado na placa de identificação leito

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____/____ horas.

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

()

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobiliário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

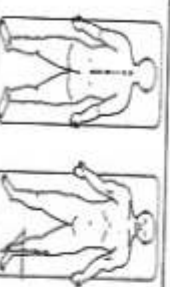
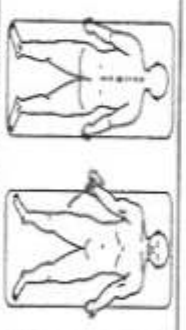
Paciente:

Jaircio Nunes da Sousa

Leito:

404-5

Data: 04/02/20

Localização		Região: <u>MLE</u>		Região: <u>MSD</u>
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒)	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒)
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☒ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☒ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
Pele Perilesional	☐ Pútrido ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco	☐ Pútrido ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco	☐ Pútrido ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguíneo ☐ Seco	☐ Pútrido ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguíneo ☐ Seco
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Juçilene Moreira Auxiliar de Enfermagem CORE-RR 453.564			
Observações:				

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICAHCB
de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/01/2020	DN	
PACIENTE	MARCIO NUNES DE SOUSA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA D TIBIA E				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-5	DATA	05/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.D.
2	AVP				10:00h
3					
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN				10:30 T=37,80 SN 24
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12				
15	AO HC				
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA TROCAR GESSO POR OUTRO					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDA

FERIDA SEM SECREÇÃO, TRANSFIRO PACIENTE AO HC

As 21:30h Prescrição resgatada do NIR,
já que o paciente não foi transferido
p/ HC. Usar U.S.C. de Abdome p/c e c 2.00
As 21:30h. Orientação feita.

SINAIS VITAIS	6:00	140/90	90	38,5°	DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	140/80	94	19	36,6°	
18 H					
24 H	140/90	103	20	38,0°	

10:30 - Paciente apresenta T=37,8°, administrado o ite
5h; segue aos cuidados de Enf. Aux. Ané

19:57h. Medicado em, sendo SSVV.

pac o fême medicado em.

Luciana Lima Esbell
Téc. Enfermagem
COREN-RR 963.990 TE



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

Data: ____/____/20

Enfermaria: _____

Leito: _____

Nome Completo: _____

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica: _____

Precaução: () Sim () Não

() Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não

Qual (is): _____

Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim

Necessidade de intérprete? () Sim () Não

Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não

Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS

() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes

REGULAÇÃO TÉRMICA

() Afebril () Febril () Hipertérmico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não

Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL

() Normotenso () Distendido () Globoso () Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () Anúria () Oligúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () STT () Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial () Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

CARACTERÍSTICAS DA PELE

() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica

Lesão por pressão: () Sim () Não

Região: _____

Risco de Lesão Sinalizado: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não

Local: _____

Data: _____

Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não

Local: _____

Curativo realizado em: _____

Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____

Aspecto da secreção: _____

Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não

Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Deglutição Prejudicada () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de constipação () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente

() Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit no autocuidado para Higiene

() Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas () Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada () Comunicação deficiente

Escala de Morse

Prescrição de Cuidado Prev Quedas

1. Histórico de Queda

Não

Sim

6. Estado Mental

0 Orientado/limitado/conhece as limitações

25 Superestima capacidade/Esquece limitação

2. Diagnóstico Secundário

Não

Sim

TOTAL:

0 Risco Baixo: 0 - 24

15 Risco Médio: 25 - 44

3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado

Não

Sim

Risco Alto: Maior que 45

Sinalização do Risco: _____

4. Auxílio na Deambulação

Nenhum/Acamado/Auxiliado

Muleta/Bengala/Andador

Mobilário Parede

5. Marcha/Deambulação

Normal/Sem deambulação/Acamado

Frac

Comprometida/Cambaleante

() Manter grades laterais elevadas

() Identificar o risco de queda na placa de identificação

() Auxiliar o paciente na higiene

() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama

() Manter cama com rodas travadas

() Necessidade de contenção ao leito

() Manter vigilância de ____ horas

() Calçado seguro nos pés

() Material de uso pessoal ao alcance da mão

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de RoraimaHOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	23/01/2020	DN	
PACIENTE		MARCIO NUNES DE SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA D TIBIA E			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-5	DATA	06/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5 M
2	AVP				10 M
3	5F0,9% 500 - 10/11/18 - EV				HC 12/18/24
4	Hidrocortisona 100% 50 8/1h				16 24 08
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				5N
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + 5F0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				5N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				M
12	SSVV + CCGG 6/6H				10/18
13	CLINDAMICINA 600MG EV DE 8/8H				HC 12/18/24 06
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12				10 22
15	AO HC				15R
16	Bicrepto 10mg 8/8h				14 22 05
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 TROCAR GESSO POR OUTRO					
Viloxina C 1g VO 1x1h					14

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA ESQUERDAFERIDA SEM SECREÇÃO, PACIENTE APRESENTA APISÓDIOS DE FEBRE A/E, PESQUISA DE
PLASMODIUM NEGATIVO, LEUC: 9.9 PCR: 109. TRANSFIRO PACIENTE AO HCSoluções e evoluções pela clínica
ortopedica

KEA II

SINAIS VITAIS					DR. AUGUSTO CAVALCANTE CRM-1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	126x86	112	22	38,1°C	
18 H					
24 H					

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

Data: ____/____/20

Enfermaria:

Leito:

Nome Completo:

DN: ____/____/____

Hipótese Diagnóstica:

Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos

Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Sexo: () F () M

Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____

Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____

Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida:

SISTEMA NEURÓLOGO

() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____

PUPILAS() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes**REGULAÇÃO TÉRMICA**() Afebril () Febril () Hipertérmico
() Alterações: _____**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração

Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico
() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico

Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____

REGULAÇÃO ABDOMINAL() Normotenso () Distendido () Globoso
Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente

Alterações: _____

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen
() Anúria () Oligúria () Cistostomia

() Irrigação contínua () Outros: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT

Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial

Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia

Alterações: _____

Flatos: () Presente () Ausente

() Edema Local: _____ Risco de Lesão Sinalizado: _____

Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS

Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____

Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____

Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não

Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____

Curativos: () Sim () Não Local: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

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

Escala de Morse

1. Histórico de Queda	6. Estado Mental	Prescrição de Cuidado Prev Quedas
Não 0	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	() Manter grades laterais elevadas
Sim 25	Superestima capacidade/Esquece limitação 15	() Identificar o risco de queda na placa de identificação
2. Diagnóstico Secundário	TOTAL:	() Auxiliar o paciente na higiene
Não 0	Risco Baixo: 0 - 24	() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama
Sim 15	Risco Médio: 25 - 44	() Manter cama com rodas travadas
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Risco Alto: Maior que 45	() Necessidade de contenção ao leito
Não 0	Sinalização do Risco:	() Manter vigilância de ____ horas
Sim 20	() Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem	() Calçado seguro nos pés
4. Auxílio na Deambulação	() Risco registrado na placa de identificação leito	() Material de uso pessoal ao alcance da mão
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		()
Muleta/Bengala/Andador 15		
Mobiliário Parede 30		
5. Marcha/Deambulação		
Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Fraca 10		
Comprometida/Cambaleante 20		

Registro Geral:

Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

Adriana Gregório

Leito:

1404-E

Data:

06/03/2020

Localização			Região: <u>Pé direito</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (☒) ☐ 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: _____		
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 _____		
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		
Tipo de Exsudato	☐ Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco ☐ Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido () Seco		☐ Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☐ Outro: _____		
Troca ..	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem CRP 11.965.752 TE		Renata Silva Rodrigues CRP 11.965.752 TE		
Observações:	_____ _____ _____				

NIR

Transf: 06/02/2020



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 DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

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 DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura Exposta de Tíbia (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo Cirúrgico

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

RX + Gr. Único

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Exposta de Tíbia (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Traumatismo Cirúrgico

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAS DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

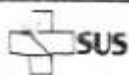
45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050500
5822

W199



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

Masc. ☐Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. 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 (Nº 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 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Especialista em Traumatologia
CRM-RR 1617
Título Especialista T20T - 12/2019

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1617
Título Especialista T20T - 12/2019

0408050543
5873
W499



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES

231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES

231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MÁRCIO NUNES DE SOUSA

6 - Nº. DO PRONTUÁRIO

00079471

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700004801290803

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/05/1991

9 - SEXO

1 - Masculino

10 - RAÇA / COR

PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA BATISTA DA SILVA NUNES

12 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 98406-0274

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MÁRCIO NUNES DE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO

(95) 98406-0274

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA: JOSE PEREIRA DA SILVA - S/N - CENTRO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

AMAJARI

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO - UF

140002

RR

18 - CEP

69.343-000

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

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/03/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

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 OPERÁRIO

MARCIO AUNES

Data: 31/04/2010 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX DE OSSOS DA PENNA (F)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: ACIMA

TIPO DE INTERVENÇÃO: PLACA BLOQUEADA DE PILAS + 12 PARAFUSOS

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

GNÓSTICO OPERATÓRIO: FX OSSOS DA PENNA (F)

CIRURGIÃO: DR ALBERTO

1º AUXILIAR: DR FULVIO

2º AUXILIAR: DR ODINASSA

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: DR AUGUSTO

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: DRD

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) PACIENTE EM DDA
- 2) AA + CCE
- 3) INCISÃO LONGITUDINAL MIOIAL EM PENNA (F)
DIVISÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DA FRATURA.
- 4) REDUÇÃO ANATÔMICA COM COLOCAÇÃO PARAFUSO
INTERMEDIOS MIOIAL + PLACA BLOQUEADA DE PILAS
COM 12 PARAFUSOS.
- 5) LAVAGEM MECÂNICA EXAUSTIVA
- 6) FECHAMENTO POR PLANOS + CURATIVO COMPUSSADO
- 7) AO RPA.



Paciente: Marcio Nunes de Souza, 41 a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO: # Fentanil 50 mcg IV
Midazolam 2 mg IV

Nº Boletim: 01.04.2020

Horário: 8:00 9:00 10:00

AGENTES	Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
DA	32	[Gráfico de temperatura]											
ULSO	36	[Gráfico de pressão arterial]											
ANES	34	[Gráfico de frequência cardíaca]											
OP	30	[Gráfico de saturação de oxigênio]											
TEMP	120	[Gráfico de temperatura]											
ASPIR	80	[Gráfico de pressão arterial]											
RESPI	40	[Gráfico de frequência cardíaca]											
Export	20	[Gráfico de saturação de oxigênio]											
Asist													
Contro													
SÍMBOLOS		[Símbolos de monitorização]											

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 17.5 mg	SA	Intubação orotraqueal com ventilação espontânea	# Check list + monitorização (SpO2 + FC + ECG + PAxi)
B.			1. Antispasmo + Anestesia da região lombar com álcool 70% + colocação de campos estéril fenestrado.
C.			2. Punção lombar L2/L3 com agulha de 26 G (Quint) saída de líquido claro, normotensão + infusão de propofol 2 mg
D.			3. Ceftriaxona 2 g IV
E.			
F.			
G.			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cálculo - Novo / Oro Farinha	
NOVO		Novo / Oro Farinha - Cega	
SANGUE		Bel - Tempo - Calibre do Tubo	
NOVO		Sub Molecula	
NOVO		Difusão Teórica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
Osteomielite de tibia esquerda			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. Ana Paula		Dr. Elder / Dr. Alberto	

Residência Andara

Dr. Paulo Thomé
ANESTESIOLOGISTA
CRM-RR 1408

- 4 Fentanil 50 mcg IV
- 5 Midazolam 3 mg IV
- 6 Dexametasona 10 mg IV
- 7 Tenoxicam 40 mg IV
- 8 Midazolam 2 mg IV
- 9 Encaminho paciente SADA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ID: 914	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
MARCIO NUNES DE SOUSA		E-3+	79477	01/10/20

TIPO

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

ESTES DE FISTULA TIGIA (E)

INICIO

FIM

TEMPO TOTAL

0830

1020

CIRURGIÃO

EQUIPE MÉDICA

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

TIPO DE ANESTESIA

QUANT.

ANESTESISTA:

RES. ANESTESIA:

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE

TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT

MEDICAMENTOS

VALOR

MATERIAIS

VALOR

COMPRESSAS C/03

GAZE

MATERIL 7.0

MATERIL 7.5

MATERIL 8.0

MATERIL 8.5

PROCEDIMENTOS

INSTURI Nº 22

DUCCÃO Nº

FORAX Nº

MINROSE Nº

ML

ML

ML

ML

ML

FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO

FRASCOS- SORO RINGER LACTADO

FRASCOS- SORO GLICOSADO

FIO VICRYL Nº

FIO MONONYLON Nº

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLENE Nº

FIO SEDA Nº algodão ortopédico 150

SURGICEL ATADURA C/500P 150

CERA P/ OSO

KIT CATARATA Nº

GEOFOAM

FITA CARDIACA

OUTROS:

MATERIAIS E

DE CIRURGIA

INSTRUMENTOS

FUNCIONAR

ITEMS CONSUMIDOS EM SALA

RESPONSÁVEIS

ENFERMEIRA CHEFE

Jaime
Erika

CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB- TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

L-37

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARCIO MUNEZ				
AGNÓSTICO	PO OSSOS DA PERNA DO OP OSTEO SINTOMAS				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	01/04/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				14 20 02 08
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				(SN) 15 10 20
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				(SN) 14 22 06
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				(SN)
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Retorno
14	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
15	CEFTIAZOLAM 1g EV 12/12h				10 22
16	SOLICITO HEMOGRAMA ORDEMADA				Celular
17	SOLICITO RX CONTRAL				Onceminhado
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	120 x 80	120	37	
24 H				

14:30
Realizado visita e orientações
PCTE BEG () RÉG () MEG ()
acompanhado S M N I
C () S () M () queixas
OCCLUSÃO APÓS
TOMAR SANGUE
NÃO PEG QTR
FODEROS EM
MAG. E
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Don Martins
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 20318
Viviane Lygia Ferreira
Enfermeira
COREN - Nº 11429

Iran R. da Silva
Medico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 20318

leito 37

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	MARCO MENEZES				
AGNÓSTICO	FX OSSOS DA PERNA				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	01/09/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE, DIETA , DIETA PERO				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12:14 24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				24 06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN 12 ms 24 06
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				NT 24 06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				susp
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				susp
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
14	CURATIVO DIÁRIO				m
15	CIRURGIA PROGRAMADA P/ MANHÃ HOJE				
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	T.
12 H	120x100	91		36,3°
18 H				
24 H	130x90	102		36,8°

Dextro 125 mg/dl.

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 20348

Luana da Silva Vale
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 439.127

ds 6w.
F= 130 x 90
C= 96
T= 36,0

E 37



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcio Nunes De Sousa ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 31/03/20 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Pêlo Tibial (E)

NO DIA 01/04/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura de Pêlo Tibial (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Elder E DR. Alberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/04/20 ÀS 16,00h EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/04/20 ÀS 14,00h COM O
DR. Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO

Dr. Odina Rosa
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

BOA VISTA, 02/04/20

MÉDICO

Paciente: **Marcio Nunes De Sousa**

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Origem: HC

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Recebimento:

Amostra: 7001765103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

NEUTRÓFILOS

LINFÓCITOS

MONÓCITOS

EOSINÓFILOS

PLASÓFILOS

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

HEMOGLOBINA

HEMATÓCRITO

VCM

HCM

CHCM

RDW CV

RDW SD

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

PM

ADP

PCT

Resultado

Referência

9,01 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

49,30 %

50.0 - 70.0 %

44,40 %

20.0 - 40.0 %

4,40 %

3.0 - 12.0 %

1,20 %

0.5 - 5.0 %

0,70 %

0.0 - 1.0 %

3,98 x10⁶/uL

4.32 - 5.52 x10⁶/uL

9,80 g/dL

13.5 - 18.0 g/dL

31,00 %

40.0 - 50.0 %

77,90 ug/L

87.0 - 103.0 ug/L

24,60 pg

27.0 - 34.0 pg

31,60 g/dL

32.0 - 37.0 g/dL

14,30 %

11.0 - 16.0 %

46,80 fL

35.0 - 56.0 fL

327,00 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/uL

8,70 fL

6.5 - 12.0 fL

15,80

9.0 - 17.0

0,284 %

1.08 - 2.82 %



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/08

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/03/2020 09:31

(*) Retificado
Página 1 de 1

Paciente: **Marcio Nunes De Sousa**

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Origem: HC

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Recebimento:

Amostra: 7001765102

Resultado de Exame

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,67 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

144,05 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22,20 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Roseminam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Cos: Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/03/2020 09:31

(*) Retificado

Página 1 de 1

Paciente: **Marcio Nunes De Sousa**

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001765101

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA

12,0 seg

10.0 - 14.0 seg

RNI

1,00

0.6 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

22,0 seg

25.0 - 39.0 seg

RATIO

-

0.0 - 1.25

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

100 %

70.0 - 100.0 %

Nota:

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

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



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523



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

DATA: 31/03/20
PACIENTE: Marcia Nunes de Souza
DIAGNÓSTICO(S): Fr. ossos do punho
DN: / /
DIH: / /
KANBAM: _____ Dieta: _____
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: _____ Ht: _____ Ur: _____ Cr: _____
Leuc: _____ Seg: _____ Plaquetas: _____
Na: _____ K: _____ Ca: _____ Cl: _____
HCO₃: _____ PH: _____ BE: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____
EAS: _____
CULTURAS (/ /): _____

IMAGEM _____

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

ANTIBIÓTICO _____

USADO: _____

JUSTIFICATIVA DE _____

ANTIBIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com procedimento cirúrgico agendado
para 01/04/20
Exames em espera
transferido ao HGR

Boa Vista,

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1715 RQE 814

de 20 20. Hora: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

CRM 1715 / RR

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico

CRM 747 / RR

Nome: **MARCIO NUNES DE SOUZA**

Data: 02/03/2020 Idade: 28A Procedência: HLI

Médico Solicitante: **EDSON CASTRO NETO**

Cód. Pac.: 55524

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL

Protocolo

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados axiais, obtidos com técnica multi-slice, antes e após a infusão endovenosa de contraste iodado hidrossolúvel não-iônico durante a fase portal do estudo.

Indicação:

Dor abdominal e história de queda de 5 metros de altura

Relatório

- Depósito focal de gordura no segmento IV hepático, adjacente ao ligamento falciforme (esteatose focal).
- Apêndice retrocecal com calibre de até 0,9 cm associada a distensão líquida, realce mucoso e fecalito milimétrico de permeio. Obliteração dos planos gordurosos pericecais à direita e acúmulo de líquido no fundo de saco posterior e goteiras paracólicas bilateralmente.
- Não foram verificadas lesões compatíveis com lacerações ou hematomas no baço ou no fígado.
- Veia porta pária e de calibre 1,5 cm (ectasiada).
- Vesícula biliar hipodistendida.
- Discreto espessamento mucoso.
- Espessamento parietal liso difuso da moldura cólica.
- Ausência de dilatação das vias biliares.
- Câmara gástrica distendida por líquido, sem áreas de espessamento assimétricas.
- Mínima distensão líquida e algumas alças digestivas de delgado com predomínio em jejuno.
- Restante do fígado, baço, adrenais, rins, pâncreas e demais estruturas do retroperitoneais preservadas.
- Bexiga urinária hipodistendida de conteúdo habitual.

Opinião:

- **Esteatose focal.**
- **Líquido com predomínio nas goteiras paracólicas em fundo de saco posterior.**

Dr Daniel Lopes Azevedo, RQE 586
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Médico
CRM 1191/RR

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM: 1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Nome: **MARCIO NUNES DE SOUZA**

Data: 02/03/2020 Idade: 28A Procedência: HLI

Médico Solicitante: EDSON CASTRO NETO

Cód. Pac.: 55524

Continuação do exame...

Continua na próxima página...

- *Ectasia do apêndice cecal associado a alterações inflamatórias regionais não se podendo descartar apêndice no diferencial. Somente valorizar esse achado na dependência de correlação com dados clínicos e laboratórios.*
- *Discreta ectasia da veia porta.*
- *Espessamento parietal difuso e liso da moldura cólica, de aspecto inespecífico.*

achados Adicionais:

Derrame pleural laminar bilateral associado a atelectasias compressivas em faixa no parênquima pulmonar adjacente.

Dr. Daniel Lopes Azevedo, RQE 566
Responsável Técnico

Dr. Daniel Lopes Azevedo
Membro titular do CBR

/ CRM:1191 RR

NOTA: As informações contidas neste resultado representa a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode ser modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Paciente: Marcio Nunes De Souza
Sexo: Masculino
Nasc: 13/05/1991
Idade: 28 ANO
Solicitação: 70017036
Número Interno:
Solicitante:
Origem: HC
Setor: BLOCO 3B
Leito: 335
Data de Emissão: 03/03/2020 09:29
Recebimento:
Resultado de Exame
Amostra: 7001703603
HEMOGRAMA COMPLETO
Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)
LEUCOGRAMA

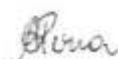
	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	12,11 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	86,00 %	50.0 - 70.0 %
LFÓCITOS	8,00 %	20.0 - 40.0 %
ÓCITOS	4,00 %	3.0 - 12.0 %
OSINÓFILOS	1,00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,00 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,98 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	9,70 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	29,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	72,80 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	24,40 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33,50 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11,60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	35,60 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	372,00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
	8,60 fL	6.5 - 12.0 fL
	15,90	9.0 - 17.0
PCT	0,320 %	1.08 - 2.82 %

Observação: DISCRETA MICROCITOSE E DISCRETA HIPOCROMIA.


Dr^a. Auricella Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 088

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/ Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

03/03/2020 12:03

(*) Ratificado

Página: 1 de 1

Paciente: **Marcio Nunes De Souza** Sexo: Masculino Nasc: 13/05/1991 Idade: 28 ANO
Solicitação: 70017036 Número Interno: Solicitante:
Origem: HC Setor: BLOCO 3B Leito: 335
Data de Emissão: 03/03/2020 09:29 Recebimento:

Resultado de Exame

Mostra: 7001703601

OSAGEM DE AMILASE SÉRICA

Material: SORO
Métodologia: M18 - Cinético (nitrofenol)
AMILASE SÉRICA
Resultado: **45,25 U/L**
Referência: 0,0 - 90,0 U/L

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a qualidade pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;
Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;
Este exame sofre grande influência de lipemia, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

OSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO
Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)
BILIRRUBINA TOTAL
BILIRRUBINA DIRETA
BILIRRUBINA INDIRETA
Resultado: **0,40 mg/dL**
0,05 mg/dL
0,30 mg/dL
Referência: 0,1 - 1,2 mg/dL
0,0 - 0,4 mg/dL
0,1 - 0,8 mg/dL

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a qualidade pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;
Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;
Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

OSAGEM DE CREATININA

Material: SORO
Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino
CREATININA
Resultado: **0,71 mg/dL**
Referência: Sem Referência

Notas

Creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

OSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)

Material: SORO
Métodologia: M08 - Szasz Modificado (ifcc)
GAMA GT
Resultado: **165,91 U/L**
Referência: Sem Referência

RRR

Rejane Ramos da Silva
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 444



35 525 226

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE
Laboratório Central de Saúde Pública de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/nº Bairro Aeroporto
CNPJ: 84.013.408/0001-98
E-mail: lacen_rr@yahoo.com
Telefone: (95)3623-2455 - Fax: (95)3623-2407



Requisição 200180000065	Origem HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO	Data de Cadastro 27/02/2020
Paciente MARCIO NUNES DE SOUSA	Cartão Nacional de Saúde 700004801290803	Idade 28 ANO(S)
Requisitante SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE BOA VISTA	Município BOA VISTA	Sexo MASCULINO
		Profissional de Saúde THARLES COSTA / 2055

Bactérias, Cultura

Método: Cultura

Data da Coleta: 27/02/2020 07:00

Data do Recebimento: 28/02/2020

Material: Sangue

1ª amostra

Resultado: Não houve crescimento microbiano

Outro: Cultura Negativa após 7 dias incubação.

Observações:

Este exame foi realizado pelo LACEN-RR o qual participa da avaliação mensal do PNCQ (Programa Nacional de Controle de Qualidade).

Exame conferido e liberado por GABRIEL CIDADE TURMERO (CRF/RR 255), em 06/03/2020.



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

REG: 796/2020	D.N.: 13/5/1991	
NOME: MARCIO NUNES DE SOUZA	IDADE: 28 ANOS	SEXO: MASC
EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL		
PROCEDÊNCIA: PAAR	MÉDICO SOLICITANTE: DRA ANDIARA NATTRODT	

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contorno regular, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto preservados. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes finas, conteúdo anecóico. Colédoco de calibre normal, 0,3cm.

PÂNCREAS: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contorno regular, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual. Conduto de Wirsung não visualizado.

BAÇO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual.

RIM DIREITO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

RIM ESQUERDO: Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

VCÍ E AORTA: Trajetos e calibres e normais.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros, mantendo as características habituais do espaço pleural normal.

BEXIGA: Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.

Presença de pequena quantidade de líquido livre na pelve.

EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.

Boa Vista - RR, 28/2/2020 11:04

Dr. Deusdete Coelho
CRM-1402/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto



Paciente: **Marcio Nunes De Sousa**

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001765103

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9,01 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	49,30 %	50.0 - 70.0 %
LFÓCITOS	44,40 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4,40 %	3.0 - 12.0 %
EQSINÓFILOS	1,20 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0,70 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,98 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	9,80 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	31,00 %	40.0 - 50.0 %
VCM	77,90 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	24,60 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	31,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	14,30 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	46,80 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	327,00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
MPV	8,70 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15,80	9.0 - 17.0
P2	0,284 %	1.08 - 2.82 %



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Paciente: **Marcio Nunes De Sousa**

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Origem: HC

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Leito: 326

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Recebimento:

Amostra: 7001765101

Resultado de Exame

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

12,0 seg

Referência

10.0 - 14.0 seg

RNI

1,00

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

22,0 seg

25.0 - 39.0 seg

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

100 %

0.0 - 1.25

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

70.0 - 100.0 %

Nota

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

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



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemariam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

31/03/2020 07:57

(*) Retificado

Página 1 de 1

Paciente: **Marcio Nunes De Sousa**

Solicitação: 70017651

Número Interno:

Origem: HC

Data de Emissão: 20/03/2020 17:27

Sexo: Masculino

Solicitante:

Setor: BLOCO 3A

Recebimento:

Nasc: 28/10/1978

Idade: 41 ANO

Leito: 326

Resultado de Exame

Amostra: 7001765102

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,67 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

144,05 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

22,20 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL



Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Paciente: **Marcio Nunes De Souza**

Sexo: Masculino

Nasc: 13/05/1991

Idade: 28 ANO

Solicitação: 70017036

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 335

Data de Emissão: 03/03/2020 09:29

Recebimento:

Resultado de Exame

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

171,91 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE LIPASE SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M15 - Enzimático Colorimétrico (o-dilauril)

LIPASE

Resultado

16,56 U/L

Referência

0,0 - 60,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

Resultado

40,60 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

TGP

Resultado

47,08 U/L

Referência

5,0 - 38,0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

17,77 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL

DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

115,00 mg/L

Referência

0,0 - 8,0 mg/L



Rejane Ramos da Silva
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 444

Paciente: **Marcio Nunes De Souza**

Sexo: Masculino

Nasc: 13/05/1991

Idade: 28 ANO

Solicitação: 70017036

Número Interno:

Solicitante:

Origem: HC

Setor: BLOCO 3B

Leito: 335

Data de Emissão: 03/03/2020 09:29

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001703602

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

15.8 seg

Referência

10.0 - 14.0 seg

RNI

1.30

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

36.0 seg

25.0 - 39.0 seg

ATIO

0.0 - 1.25

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

50.0 %

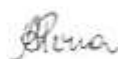
70.0 - 100.0 %

Observação: REPETIDO E CONFIRMADO.

Nota:

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

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



Dr^a, Auricelle Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 088

Responsável Técnico: Roseminem Izabel Moscato - Farmacêutica Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

03/03/2020 12:13

(*) Retificado

Página 1 de 1

E 37



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Marcio Nunes De Sousa ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 31/03/20 COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura De Pilon Tibial (E)

NO DIA 01/04/20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura de Pilon Tibial (E) SENDO

OPERADO PELO DR. Elder E DR. Alberto

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/04/20, ÀS 16,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 20/04/20, ÀS 14,00h, COM O
DR. Elder

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DE

Dr. Odinei Okenin
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 145177

BOA VISTA, 02/04/20

MÉDICO

E





04/05/2020

41,1 %

MARCIO NUNES DE SOUZA

HOSPITAL CORONEL MOTA

3667



04/05/2020

44,5 %

Fabiola Castro



MARCIO NUNES DE SOUZA

3667

HOSPITAL CORONEL MOTA

04/05/2020

Fabiola Castro

60.7 %





E

K



MARCIO NUNES DE SOUZA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID:
Data: 25/02/2020

Nr:
Tec:

62,8 %



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
DR. WILSON FRANCO



RECEITUÁRIO

NOME: Moreno Nunes Sousa

Paciente interno de acidente com queda de parte.

Deu entrada no HGE no dia 01/02/20 com fratura exposta dos ossos do punho esquerda.

Foi submetido a tratamento cirúrgico da fratura exposta com fixação externa no dia 04/02/20.

Atualmente aguarda avaliação de cirurgia para novo procedimento cirúrgico de osteomielite.

Está internado no Hospital das Clínicas, sem previsão de alta.

Dr. Leonardo Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1715

DATA: 20 / 02 / 2020

ASSINATURA E CARIMBO

Anotações Gerais

Anotações Gerais
ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

SEÇÃO DE RORAIMA

O(A) Advogado(a) deve comunicar à Secretaria de Ordem dos Advogados do Brasil - Seção de Rio de Janeiro qualquer mudança de endereço, transmissão ou exoneração de cargo / função pública; apresentando para a devida anotação em seus essenciais profissionais.

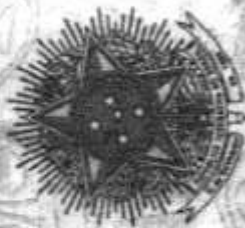


12194287

Fabiana dos Santos Mendes
Assessora do Diretor de Cultura

1

**CARTEIRA DE IDENTIDADE
DE ADVOGADO**



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade profissional no âmbito da profissão de contabilidade civil perante os órgãos legais.

Art. 13.º da Lei 206, de 02-07-94

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional

Conselho Saccional

de ProRama

COLLEGE PARK, MD 20742-7015

SAPORECA OMS CHIAVAS BASTIETA DA SILVA MARIANE

10

DATA DESIGN

1999

1

Escuela de Ciencias de la Salud

1-800-255-2664

100

10

APPROXIMATELY 1000

10

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200323443 **Cidade:** Amajari **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA **Data do acidente:** 01/02/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1/23_CIRURGIA / PÁG. 46/50_EXAME DE IMAGEM

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254481/20

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

CPF: 018.834.832-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: MARCIO NUNES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FABIANA DA SILVA NUNES : 890.312.292-53

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

MARCIO NUNES DE SOUSA : 018.834.832-80

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: 09/09/2020
Nome: FABIANA DA SILVA NUNES
CPF: 890.312.292-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FABIANA DA SILVA NUNES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0254481/20

Vítima: MARCIO NUNES DE SOUSA

CPF: 018.834.832-80

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/02/2020

Titular do CPF: MARCIO NUNES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FABIANA DA SILVA NUNES : 890.312.292-53

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

MARCIO NUNES DE SOUSA : 018.834.832-80

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: 09/09/2020
Nome: FABIANA DA SILVA NUNES
CPF: 890.312.292-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

FABIANA DA SILVA NUNES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO