

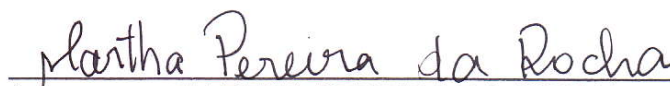


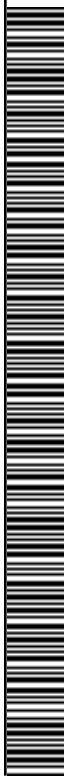
ANDRÉ ISRAEL
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

MARTHA PEREIRA DA ROCHA, brasileira, desempregada, solteira, portadora da Identidade nº 80433 SSP/RR, inscrita no CPF/MF sob o nº 382.004.812-04, portadora do número de telefone (95) 99159-4458, residente e domiciliada na Rua Riu Apiau, nº 278, bairro Profª. Araceli Souto Maior, CEP nº. 69.315-016, situado no Município de Boa Vista/RR, pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2045-N, com escritório localizado na Vereador Manoel Joaquim Martins, nº. 736, Bairro Dr. Silvio Botelho, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 16 de dezembro de 2020.


MARTHA PEREIRA DA ROCHA
Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MARTHA PEREIRA DA ROCHA**, brasileira, desempregada, solteira, portadora da Identidade nº 80433 SSP/RR, inscrita no CPF/MF sob o nº 382.004.812-04, portadora do número de telefone (95) 99159-4458, residente e domiciliada na Rua Riu Apiau, nº 278, bairro Profª. Araceli Souto Maior, CEP nº. 69.315-016, situado no Município de Boa Vista/RR, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 16 de dezembro de 2020.



MARTHA PEREIRA DA ROCHA
Declarante



TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP: 123.46160.69-7 ÔNULO: 3759919 SÉRIE: 0050 UF: RR <i>Martha Pereira da Rocha</i> ASSINATURA DO TITULAR POLEGAR DIREITO  	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

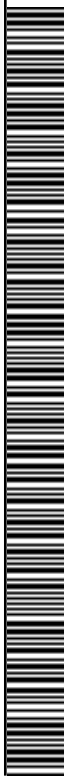
POLEGAR DIREITO



Martha Pereira da Rocha
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MÍDIA DO BRASIL



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

14117.3759919.50-17

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

FILIAÇÃO.....: GILMA PEREIRA ROCHA

ANSELMO MARQUES DA ROCHA

NASCIMENTO.....: 01/05/1970

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE.....: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. - 80433 - 09/12/2004 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 382.004.812-04

TIT. ELEITOR: 1286102623

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 02/02/2017

CNH.....:

SEÇÃO: 0424

ZONA: 005

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ADELAID PEREIRA MOTA BEZERRA

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....

DATA DE NASC. DE...../...../..... PARA...../...../.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO

B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

80433

REGISTRO GERAL

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

FILIAÇÃO

ANSELMO MARQUES DA ROCHA

GILMA PEREIRA DA ROCHA

NATURALIDADE

BOA VISTA - RR

DOC ORIGEM

CERTD NASC 9.516 FLS 83

BOA VISTA - RR

CPF

382.004.812-04

2 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo

Diretora do ITOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

09/12/2004

DATA DE EXPEDIÇÃO

01/05/1970

DATA DE NASCIMENTO

LIV 09

P 1

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

Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ53N NL4CK Z7WYB V84HR

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
2644045	0000	RR	07/12/04
02/02/17 Waldemir Costa da Silva Agente de Portaria Mat./SAPE 0250669			
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR		

06

18.238.623/0001-62

EMPREGADOR	G. Almeida Lacerda - ME
CGC/CPF/CEI	Rua Benfaminho Fernandes Magalhães - n.º 2769
ENDEREÇO	Tancredo Neves CEP: 69.313-485
MUNICÍPIO	Boa Vista RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO	Serviços Diversos
CARGO	
CBO N°	

DATA DE ADMISSÃO	01	DE	março	DE	17
REGISTRO N°	FLS. / FICHA				
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 957,00 (novecentos e cinquenta e sete reais)				
1ª	Gildemberg Almeida Lacerda				

DATA DE SAÍDA	31	DE	AGOSTO	DE	2017
1ª	Gildemberg Almeida Lacerda				

COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA	

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: LIVIO VASCONCELOS DE FREITAS

CNPJ: 32.794.839/0001-35

Endereço: RUA EMBAUBA Nº 140

Bairro: PARAVIANA

Município: BOA VISTA UF: RR

Esp. Estabelecimento: COMERCIAL

Cargo: SERVIÇOS GERAIS CBO:52.1135

Colaborador: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Admissão: 07/03/2019. Cadastro: 01

Remuneração Específica: R\$ 1.000,00 (HUM MIL REAIS)
por MÊS.

Ass. do Empregador ou a Rogo C/Testemunha

DATA DE SAÍDA 23 de Setembro DE 2020

32.794.839/0001-35

1ª Lívio Vasconcelos de Freitas

Rua Embaúba, nº 140, Paraviana

CEP: 69307-243 - BOA VISTA-RR

FGTS Nº

Lívio Vasconcelos de Freitas 08
Titular

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO Nº FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

1ª

2ª

DATA DE SAÍDA DE DE

1ª

2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

09



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA
CNPJ: 05.939.467/0001-15
Rua Melvin Jones, 219 - CEP:69.306-610
FONE GERAL:2121-2200

CONTA DE ÁGUA
ATENDIMENTO
0800 280 9520

MÊS/ANO: 09/2020 VENCIMENTO: 15/10/2020 MATRÍCULA: 00074112.4

RANIS MAIA MELO
RUA RIO APIAU, NUM, 278
PROFA ARACELI SOUTO MAIOR
BOA VISTA RR 69315-016
INSCRIÇÃO: 001.032.420.0425.000 ROTA: 21.2770

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR
42,89

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Agua Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201809 - 14º Região

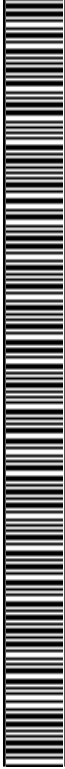
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.032.420.0425.000	09/2020	13	42,89	21.2770

82670000000-1 42890004001-8 00074112401-0 09202070003-2



Fls: 1

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/09/2020 09:30:19 Data/Hora Fim: 12/09/2020 09:30:19
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/09/2020
Delegado de Polícia: Miriam Di Manso

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 11/09/2020 17:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Vicente

Logradouro: Cruzamento da Avenida Getulio Vargas com Avenida Nossa Senhora da

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1226: EVADIR-SE O CONDUTOR DO VEÍCULO DO LOCAL DO ACIDENTE, PARA FUGIR À RESPONSABILIDADE PENAL OU CIVIL QUE LHE POSSA SER ATRIBUÍDA (ART. 305 DA LEI 9.503/1997)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ERMELINDA SOUZA PEREIRA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 06/08/1964	Idade 56
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais			
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha			

Documento(s)

RG: 47867 SSP/RR

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA COMETA

Nº: 1166

Bairro: Raiar do Sol

Telefone: (95) 99119-3912 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

Nome Civil: MARTHA PEREIRA DA ROCHA (VÍTIMA (AUSENTE))			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade 50
Profissão: Do Lar			
Estado Civil: União Estável		Naturalidade: Boa Vista - RR	
Nome da Mãe: Gilma Pereira da Rocha		Nome do Pai: Anselmo Marques da Rocha	

Documento(s)

RG: 80433

CPF: 382.004.812-04

Endereço



Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira
Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA RIO APIAU
Bairro: Professora Araceli Souto Maior

Nº: 278

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Outros
Descrição Placa automotiva NUH-9217
Quantidade 1,00 Unidade

Subgrupo Placa de Veículo
Número de Série NUH-9217
Situação Apreendido

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

Grupo Veículo
Descrição 01(UMA) MOTOCICLETA BIZ DE COR PRETA,
PLACA NAP-4437
Placa NAP4437
Número do Motor JC70E0G125999
Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
UF Veículo RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 110I
Quantidade 1,00 Unidade
Última Atualização Denatran 22/09/2019

Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 163.976.902-10
Renavam 01091883600
Número do Chassi 9C2JC7000GR125963
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido
Situação do Veículo
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS - RENAINF

Nome Envolvido

Martha Pereira da Rocha

Envolvimentos

Proprietário

Grupo Veículo
CPF/CNPJ do Proprietário 365.533.953-49
Renavam 01137258389
Número do Chassi 98822611XJKB65469
Número da Carroceria 92250232
UF Veículo RR
Marca/Modelo FIAT/TORO FREEDOM AT
Quantidade 1,00 Unidade
Última Atualização Denatran 20/09/2019

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Placa NUH9217
Número do Motor 552771353228214
Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor PRETA
Município Veículo Boa Vista
Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado
Situação do Veículo RENAINF -
ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS -
RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC
ULOS

Nome Envolvido

Desconhecido 1

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante vem a Central de Flagrantes informar que sua irmã MARTHA PEREIRA DA ROCHA estava vindo do supermercado DB no centro da cidade em sua motocicleta Biz, cor preta quando foi atropelada por um veículo de placa NUH-9217; QUE a vítima sofreu várias lesões e foi conduzido pelo SAMU ao Hospital Geral de Boa Vista/RR; Que o infrator que conduzia o veículo que causou o acidente evadiu-se do local sem prestar socorro a vítima; Que da colisão a placa do



Impresso por: Julio Cesar Pereira Ferreira
Data de Impressão: 12/09/2020 10:09:57

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 3

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00026960/2020

veículo sacou e populares conseguiram segurar e entregaram a comunicante para poder fundamentar mais ainda seu boletim de ocorrência; Que a comunicante está apresentando a placa do veículo que causou acidente nesta delegacia para poder ajudar na localização do infrator. Que segundo a comunicante o estado de saúde de sua irmã é grave. Era o relato.

ASSINATURAS

Julio Cesar Pereira Ferreira
Agente de Polícia
Matrícula 42000814
Responsável pelo Atendimento

Ermelinda Souza Pereira
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



		FICHA DE ATENDIMENTO Nº <u>1716</u>			
BRUNO I		BRUNO I			
Paciente: <u>Marcos Pereira da Rocha</u>		Idade: <u>49</u>		Sexo: <u>F</u>	
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>		Raça: <u>Branca</u>		Religião: <u>Amarela</u>	
Endereço: <u>Rua 3 de Janeiro Constante</u>		Bairro: <u>São Vicente</u>			
Nº do Ocorrência: <u>06020</u>		DATA: <u>10/09/20</u>		HORA: <u>18:10</u>	
Medic (a) Regulador (a): <u>Dr. Lúcia</u>		HORA: <u>18:23</u>		BASE: <u>VIA</u>	
MOTIVO INICIAL: <u>Nota X 020</u>		TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA			
NÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ☒ 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas ☒ Mais de 24 horas ☒ Não sabe ☒		ACIDENTE DE TRÂNSITO			
☒ Acidente de trânsito ☒ Agitação física / espantamento ☒ Agitação física - FAF ☒ Agitação física - FAF		☒ Urgência psiquiátrica ☒ Tentativa de suicídio ☒ Envenenamento ☒ Afogamento			
☒ Queimadura ☒ Choque elétrico ☒ Queda ☒ Urgência médica		☒ Urgência psiquiátrica ☒ Transferência ☒ Exame complementar ☒ Outros			
VITIMA		MEIO DE LOCOMOÇÃO		OUTRA PARTE ENVOLVIDA	
☒ Paciente ☒ Condutor ☒ Passageiro ☒ Ignorado		☒ A pé ☒ Automóvel ☒ Motocicleta ☒ Bicicleta		☒ Ônibus ☒ Micro-ônibus ☒ Outro	
☒ Automóvel ☒ Motocicleta ☒ Ônibus ☒ Micro-ônibus		☒ Bungee ☒ Apical ☒ Químico		☒ Capacete ☒ Cinto de segurança ☒ Airbag ☒ Assento para criança	
VIAS AERÉAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
☒ Livre ☒ Obstrução Parcial ☒ Obstrução Total ☒ Corpo estranho ☒ Outro		☒ Espontânea ☒ Apneia ☒ Dispneia ☒ Bradipneia ☒ Taquipneia		☒ Normotênica ☒ Hipotênica ☒ Enchimento capilar acima de 2" ☒ Pulso radial ausente ☒ Pulso central ausente ☒ Cianose central ☒ Estertor	
☒ Miocárdio ☒ Miocárdio ☒ Anticórea [10] [11] ☒ Aparelho respiratório ☒ Aparelho respiratório		☒ Miocárdio ☒ Miocárdio ☒ Anticórea [10] [11] ☒ Aparelho respiratório ☒ Aparelho respiratório		☒ Miocárdio ☒ Miocárdio ☒ Anticórea [10] [11] ☒ Aparelho respiratório ☒ Aparelho respiratório	
SINAIS VITAIS E RESCÕES		AValiação SECUNDÁRIA			
LESÃO IDENTIFICADA		ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	
☒ Dor ☒ Hematoma ☒ Contusão ☒ Escoriação ☒ Laceração ☒ Luxação ☒ Fratura fechada ☒ Fratura exposta ☒ Amputação ☒ Extirpação ☒ Afundamento de crânio ☒ Ferimento penetrante ☒ Torção vascular ☒ Enfisema subcutâneo ☒ Ferida aspirativa ☒ Empalme ☒ Outros		☒ Espontânea ☒ Ao comando ☒ À dor ☒ Sem resposta		☒ Orientado ☒ Confuso ☒ Palavras inapropriadas ☒ Palavras incompreensíveis ☒ Sem resposta	
☒ Dor ☒ Hematoma ☒ Contusão ☒ Escoriação ☒ Laceração ☒ Luxação ☒ Fratura fechada ☒ Fratura exposta ☒ Amputação ☒ Extirpação ☒ Afundamento de crânio ☒ Ferimento penetrante ☒ Torção vascular ☒ Enfisema subcutâneo ☒ Ferida aspirativa ☒ Empalme ☒ Outros		☒ Orientado ☒ Confuso ☒ Palavras inapropriadas ☒ Palavras incompreensíveis ☒ Sem resposta		☒ Orientado ☒ Confuso ☒ Palavras inapropriadas ☒ Palavras incompreensíveis ☒ Sem resposta	
AValiação CARDÍACA		AFEÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☒ Ritmo Sinusal ☒ Taquicardia Sinusal ☒ Flutter Atrial ☒ Fibrilação atrial		☒ PV ☒ TV ☒ AESP ☒ Apatia		☒ Neurológica ☒ Respiratória ☒ Cardiovascular ☒ Digestiva	
☒ Distúrbios ☒ Cardíaca ☒ HAS ☒ Medicação de uso		☒ Distúrbios ☒ Cardíaca ☒ HAS ☒ Medicação de uso		☒ Distúrbios ☒ Cardíaca ☒ HAS ☒ Medicação de uso	
GRAVIDADE COMPROMETIDA		ASSINATURA			
☒ Não ☒ Sim		☒ Não ☒ Sim			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste		☒ Conhecimento ☒ Paralisação de Atendimento ☒ Não se encontra no local ☒ Triste			
ASSINATURA		ASSINATURA			
☒ Conhecimento 					

PERT DO PA	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bon Vista, nesta oportunidade.
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Bon Vista, nesta oportunidade.
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min	☐ Com cordão do gestante	
BCP:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cãmbio da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☒ Imobilização de fraturas
☐ Captação de Guelgel	☐ Guia de introdução Bougie	☒ Colar cervical	☐ Curativos
☐ Cateter nasal: _____ Limin	☐ Cristabinostomia digital	☐ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: _____ Limin	☒ Oximetria	☐ Pálida língua	☐ Cuidados de emergência
☐ Bolsa vaginal-massagem: _____ Limin	☐ Ceno de tórax	☐ Tórax	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros
☐ Acesso venoso Celco nº _____	☐ Acesso venoso Scalp nº _____	☐ Acesso intradente	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA

2ª - Estatura: 1,55 cm; 45 kg; compressão lateral mandibular

OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

Foi atendido p/ uma ocorrência de traumatismo traumático pela Central de Resposta. Vítima de colisão moto x carro. Vítima submetida em chancela para BRS com lesão no tórax frontal da cabeça. Corte contuso. Entorno de nariz com fratura de dentição superior. Fratura na mão esquerda, com curativos eixo. Realizada por encaminhado a Central de Resposta para ser admitida a seguir p/ o ST-HER

SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 02/10/2020 Rafaela Rafaela

Assinatura e carimbo do profissional



BPA

Ortopedia 67

Urtimo de Acidente de Trânsito / 15/10/2020.
Ocorrência Policial 119.

CFO: Edema na mão @ e joelho @

Rx: Fraturas de 4º e 5º MCC.

Fratura da Placa Tibial @

Ad: a Saco de Gesso após liberação
da Cir. Geral e Boca.

Dr. Marcelo Gomes
Ortopedia Traumatologia
CRM-SP 1501 1612

Cirurgia Ortopédica 23:40

Paciente vítima de acidente automobilístico politraumático.
No momento, em BPG, normoconsciente, eupneico, avulsões,
Glasgow 15 e com queimaduras.

Observar FCC em supinação @, lábio superior (red) na
e manuseio lateral superior.

Exames radiográficos não mostram sinais de fratura na face.

• HD: Trauma de Face / Contusões e FCC

CDT: - Sutura:

- Sem contusões cirúrgicas referentes ao trauma de face

Dr. André Araújo da Silva
Cirurgia Plástica / Otorrinolaringologia
CRM-SP 1501 1612

NIR

Área 1

TEAMS

12.09.2020

 SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde											
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>HON</i>						2 - CNES					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						4 - CNES					
Identificação do Paciente											
5 - NOME DO PACIENTE <i>MARINHA PEREIRA DA ROCHA</i>						6 - Nº DO IDENTIFICADOR <i>162.020</i>					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <i>7104808591161109A</i>						8 - DATA DE NASCIMENTO <i>01/09/90</i>					
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>GILMA PEREIRA DA ROCHA</i>						10 - SEXO <i>M</i>		11 - IDADE <i>30</i>		12 - CEP	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Monte Sinai</i>						14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CID	
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA											
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO											
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fx de 4-5º MTC E Fx de PLANO TIGIAL (E)</i>											
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>ANAMNESE F EX FÍSICO + RX</i>											
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>AS ACIMA</i>											
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fx 4/5º MTC (E) + PLANO (E)</i>											
21 - CID 10 PRINCIPAL											
22 - CID 10 SECUNDÁRIO											
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS											
PROCEDIMENTO SOLICITADO											
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>INTERNAÇÃO</i>											
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 <i>DR. PATRICK</i>											
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/09/2020</i>											
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Leandro Santos da Silva</i>											
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)											
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO											
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO											
35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO											
36 - CNPJ DA SEGURADORA											
37 - Nº DO BILHETE											
38 - SOBRE											
39 - CNPJ EMPRESA											
40 - ONDE A EMPRESA											
41 - CBO											
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA											
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEQUER											
AUTORIZAÇÃO											
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR											
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR											
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>162020</i>											
46 - DOCUMENTO											
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR											
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>11</i>											
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>BCA</i>											

VL

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN				
PACIENTE <i>MARTHA PENHA DA ROCHA</i>									
AGNOSTIC <i>PO DE 46 + 30 MTC (E) 2 PLATO TUBO (G)</i>									
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE			LEITO	DATA		<i>12/09/2020</i>			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE						<i>400/</i>		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						<i>400/</i>		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N						<i>500</i>		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H						<i>06/12 10 29</i>		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA						<i>(86)</i>		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						<i>500</i>		
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4						<i>500</i>		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h						<i>06 19 22</i>		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						<i>500</i>		
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/8H <i>(300/1)</i>								
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H						<i>12/12</i>		
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						<i>500</i>		
13	SSV + CCGG 6/6 H						<i>400/</i>		
14	CURATIVO DIÁRIO						<i>100/</i>		
15									
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

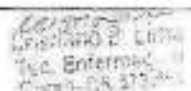
EVOLUÇÃO MÉDICA:
 # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
 # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # SOLICITADO: RX: # CONDUÇÃO: MANTIDA
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 # PREVISÃO DE ALTA:

CONFIRMAÇÃO
25/130 12020
546

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


MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

646 ITA (E) NO APROVADO P/NE FA DISPONIBILIZAR P/20 FORMULA.


Cristiano P. Lima
Doc. Enfermagem
Condição 25 273-25



RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 12/09/2020

PACIENTE: MARTELA PEREIRA DA ROCHA DN: 1/1

DIAGNÓSTICOS: FX 1º e 5º MTC E PLATO PIZAL (3)

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: TRAMA

2- PACIENTE: () ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: () VIA ORAL () SNE () OUTRA

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? () SIM () NÃO
() AGUARDANDO

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

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

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente com fraturas múltiplas
cominadas do HC e do antebraço
do membro superior direito

Bom dia, 12 de setembro de 2020 Hora: _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO ASSISTENTE

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

CRM

Don Martins
Médico Residente
Clínica de Traumatologia
CRM-RN 20236

CRM

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

HC () HLI () HMI () OUTRO

18/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Exames Médicos

MS-DATASUS
VERSÃO: 17.80PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIIH - SISAIH01
HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES
ESPELHO DA AIIHPAG: 1
DATA: 08/10/2020

O.E: E14000010

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 10/2020

Num AIIH: 142010118402-9 Situação: SEM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2020 Data Autorização: 12/09/2020

Especialidade: 03 - CLIMÓSES

Órgão Emissor: E14000010

CRC:

Doc autorizador: 980016289889924

Doc med resp: 702807103617985

Doc diretor clínico: 709005220101159

Doc médico solic: 702807103617985

CNS: 9472339 - HOSPITAL DAS CLINICAS DR WILSON FRANCO RODRIGUES

CNS: 10400058167104-7

Paciente: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Prontuário: 5891

Data Nasc: 01/05/1970 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo: Identidade

Doc: 80433

Responsável por: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Nome da Mãe: GILVA PEREIRA DA ROCHA

Emprego: RUA RUA MONTE SINAI 0003360 CASA Bairro: PROFESSORA ARACELI S

Rapel/Con: 00-PARDA Etia: 0000-NAO SE APLICA

Município: 140010 - BOA VISTA

UF: RR CEP: 69315-095

Telefone: (85)9912-31693 Mud. Proc.: NÃO

Procedimento solicitado: 03.03.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Procedimento principal: 03.03.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

Diag. principal: T025-FRATURAS ENVOLVENDO OUTRAS COMBINAÇÕES DE REGIÕES DO CORPO

Diag. secundário:

Complementar:

Causa Obito:

Caráter atendimento: 01 - ELETIVO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 12/09/2020

Data saída: 22/09/2020

Mot saída: 15 - ALTA POR OUTROS MOTIVOS

Liberação SISAIH01:

AIIH Anterior:

AIIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador: - - - - -

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento GRD	CNS/CNPJ	Apurar Valor pr	Grda	Cred	Descrição
1	0303010019	702807103617985 226125	9472339	9472339	1	09/2020	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	980016287984522 226125	9472339	9472339	3	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
3	0301010170	100061246450022 226270	9472339	9472339	1	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
4	0301010170	700805923792890 226125	9472339	9472339	4	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
5	0301010170	702102738086683 226125	9472339	9472339	1	09/2020	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO
6	0401010015	706801221575429 223505	9472339	9472339	10	09/2020	CURATIVO GRAU II S/ QUI S/ DEBRIDAMENTO
7	0802010016		9472339	9472339	5	09/2020	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
8	0202020380		9472339	9472339	1	09/2020	HEMOGRAMA COMPLETO
9	0202010473		9472339	9472339	1	09/2020	DOSAÇÃO DE GLICOSE
10	0202010317		9472339	9472339	1	09/2020	DOSAÇÃO DE CREATININA
11	0202010694		9472339	9472339	1	09/2020	DOSAÇÃO DE UREIA
12	0202020142		9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA
13	0202020070		9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO
14	0202020134		9472339	9472339	1	09/2020	DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
0000	PREEXISTENTE	PEDESTRE TRAUM. EM ACID. 3-TRANSITO. ENVOLVENDO OUTROS VEICULOS A MOTOR E OS NAO ESPECIFICADOS

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo; Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12985, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: 

29/09/2020

Laudo de Internação (Martha Aurora) ...

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR - AIH

Prontuário 5884	Data Internação 12.09.20	Data da Saída 22.09.20
Número da AIH: 142010118402-9		
Enfermagem 3B	Leito 356	

Dados do Paciente

Estabelecimento Executante HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO RODRIGUES - HC		CNS 9472339	
Nome do Paciente MARTHA PEREIRA DA ROCHA			
Cartão do SUS 704808591611047	Data de Nascimento 01/05/1970	SEXO 1 - Masculino	Raça/Cor PARDA
Nº RG, CPF ou Registro de nascimento Identidade - 80433		Nacionalidade BRASILEIRA	
Nome da Mãe GILMA PEREIRA DA ROCHA			
Nome do Responsável MARTHA PEREIRA DA ROCHA		Fone p/ Contato (95) 99123-1583	
Endereço RUA - MONTE SINAI		Número 360	Bairro PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIO
Município BOA VISTA	Código do IBGE 140010	UF RR	CEP 69.315-096

Dados da Internação

CPF Médico Sol - CRM 2158	Médico Solicitante Carollina Smt' Ana	Cartão SUS
Procedimento Solicitado 03.08.02.0019	Procedimento Principal	Esp
Em caso de Parto: Nasc Vivo ☐ Nasc Morto ☐		C. Int 01
		CID P T028
		CID S
		CID CA
		M. Sa 18
		Alta ☐ Trans ☐ Óbito ☐

Procedimentos Realizados

Linha	Tipo	Ativ/Procedimento	Cod Ope	CPF/CNPJ	CRM	CBO	QNT	C.UTI
01	07		20	01	2158		01	
02	07		36	01	1231		03	
03	07		31	01	566		04	
04	07		44	01	2038		04	
05	07		16	01	2015		01	
06	07		104	01	2124		01	
07	01	04.05.02.0015	453	01	349949		10	
08	57				12	202009	08	
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Autorização

Nome Médico Autorizador Carollina Smt' Ana	Data Autorização 12/09/20	CPF Autorizador 1231	CNS Autorizador 1231
Nome do Médico Auditor Carollina Smt' Ana	Data Auditoria 12/09/20	CPF Auditor 1231	CNS Auditor 1231

CONFERE COM ORIGINAL

Em **26/10/2020**

Ass:

Duroptologia: 22/09/20

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital das Clínicas Dr. Wilson Franco						4 - CNES	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA						6 - SEXO FEMININO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO 01/05/70		9 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)						16 - CID 10 PRINCIPAL	
17 - CID 10 SECUNDÁRIO						18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
19 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS						20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E							
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA							
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANAMNESE + EXAME FÍSICO + IMAGEM + LABORATÓRIO							
24 - CID 10 PRINCIPAL FX DE QUARTO E QUINTO MTC E e PLATÔ TIBIAL E							
25 - CID 10 SECUNDÁRIO							
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CAROLLINA SANTANA				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/09/20		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Carollina Santana Médica R. 2153	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNES DA EMPRESA	
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO		47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO							
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				49 - COD. ORÇÃO EMISSOR		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308030019 +028	
51 - DOCUMENTO () CNS () CPF		52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/10/2020		54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Ass: [Assinatura]	

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: [Assinatura]

Alingia diffusa!

2.356

MODELO

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	11/9/2020	DIH	11/09/2020	DN	1/5/1970	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO	FX/LX-BENNETT-MÃO D 3x ou 4 ^o e 5 ^o MTC (E)					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
	LEITO	356	DATA	12/9/2020		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA LIVRE - líquida pastosa, montau				Líquido	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER	
3	SF 0,9% 500ML EV ACM				ACM	
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8	
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				06:00 18:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN	
7	ONDASETRONA 8 MG 1 AMP EV DE 12/12				SN	
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H				06 (14) (22)	
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN	
13	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				18:00	
14	SSVV + CCGG					
15	Curativo Diário					
16	Painel Alamoel 500mg VO 6/6h				18:00	
17						
19						
20	Losartana 50mg VO 12/12h				22	
22						
23						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; > 400; 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML. GLICOSE > 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
SINAIS VITAIS PA PL PR TEMP 6 H 140/90 79 - 36,2 12 H 140/90 82 - 36,5 18 H 140/90 86 - 36,8 24 H 150/90 82 - 36,8						

Lael Silva (Res Ortop)
 CRM/RR 2015
 Loamir Viana (Res Ortop)
 Jocelma Miranda de Aquino
 (Res Ortop)
 Bruno Vieira (Res Ortop)

American Express Co. Inc.
 Travel Service Dept.
 230 N. LaSalle St.
 Chicago, Ill. 60601

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Age:



CONFÈRE COM ORIGINAL

FILED 26 / 10 2003



SAE-SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM - HOSPITAL DAS CLÍNICAS



Nome: Martha Pereira da Rocha HD 356 • ALÉRGICO ?

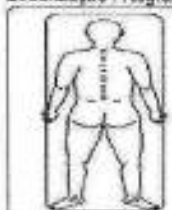
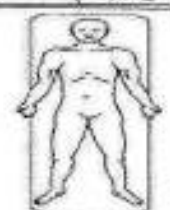
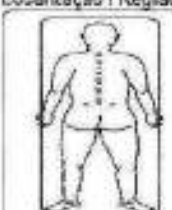
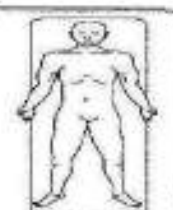
DATA: 1/1 SEXO: () M (X) F IDADE: _____ PESO: _____ KG. LEITO: _____

EXAME FÍSICO DO PACIENTE			
LESÕES			
IDENTIFIQUE SE HÁ LESÕES			
3- FERIMENTO 2- ABRASÃO 4- DEFORMIDADES 5- FRATURA EXPOSTA 6- EDEMA 7- ANFOTUOÇÃO 8- ÚLCERA POR PRESSÃO 9- NÃO () LOCAL: _____			
CABEÇA: PRESERVA NÍVEL DE CONSCIÊNCIA			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE () SEDADO () ALERTA () COMATOSO () DESORIENTADO			
PUPILAS: (X) REAGENTES () NÃO REAGENTES () ISOCÓRICAS () ANISOCÓRICAS () MIDRIÁTICA			
ACUIDADE VISUAL: (X) NORMAL () DIMINuíDA			
ACUIDADE AUDITIVA: (X) NORMAL () DIMINuíDA			
VIAS AÉREAS SUPERIORES: (X) PERVIAS () OBTURADAS () FAVORÁVEL () RAZOÁVEL () PRECÁRIA			
OBS: _____			
TÓRAX E PULMÕES/ PADRÃO RESPIRATÓRIO			
EXPANSÃO: (X) SIMÉTRICO () ASSIMÉTRICO			
DOR INSPIRATÓRIA: () SIM (X) NÃO			
FREQUÊNCIA: (X) EUPNEÚICO () TAQUIPNEÚICO () BRADIPNEÚICO () DISPNEÚICO			
MÚLTIPLAS VESICULARES: (X) PRESENTES () AUSENTES () SECA () EXPECTORAÇÃO _____			
RUIDOS ADVENTÍCIOS: (X) AUSENTES () RÚNCOS () ESTERTORES () SIBILUS			
CIRCULAÇÃO/ COR DA PELE/ MUCOSAS			
(X) HÍDRATADA () ÚMIDA () DESHÍDRATADA () CORADA () HIPOCORADA () PÁLIDA () RUBORIZADA () ICTÉRICA			
() CIANÓTICA () ACIANÓTICA () ACROCIANÓTICA			
TEMPERATURA DA PELE: (X) NORTERMICA () HIPOTERMICA () HIPERTERMICA			
APARELHO CARDIOVASCULAR			
RITMO CARDÍACO: (X) REGULAR () IRREGULAR ()			
PERFUSÃO PERIFÉRICA: (X) NORMAL () DIMINUIDA			
PULSO PERIFÉRICO: (X) RÍTMICO () ARRÍTMICO () FILIFORME			
PULSO: (X) NORMOCÁRDICO () TAQUICÁRDICO () BRADICÁRDICO () AUSENTE			
LOCAL DO PULSO: _____			
APARELHO GASTROINTESTINAL			
APETITE: (X) NORMAL () DIMINUIDO () AUMENTADO			
ESTADO NUTRICIONAL: (X) NUTRIDO () DESNUTRIDO			
RUJAS: () PRESENTES () ABDOMEN: () AGUDO () TENSÃO () AGUDO () VÍMIS PALPÁVEL			
ELIMINAÇÕES/ NÚMEROS/ EPISÓDIOS: (X) NORMAL () DIARRÉIA () CONSTIPAÇÃO () MÊNEN			
APARELHO GENITURINÁRIO/ DIURÊSE:			
(X) ESPONTÂNEA () ESTIMULADA () CISTOSTOMIA () SVD () UROPIDIA () CONCENTRADA			
() EMATÚRIA () COLÚRIA () OUGÚRIA () POLÚRIA () DISÚRIA () TANÚRIA			

DIAGNÓSTICO	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
(X) RISCO DE INFECÇÃO	() MANter VIAS AÉREAS PERVIAS
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	() REALIZAR CUIDADOS COM VAS
() INCA PACIDADE DE MANter RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA	(X) VERIFICAR SINAIS VITAIS DE <u>6,0</u> H
() TROCA GASOSA PREJUDICADA	() MANter MONITORIZAÇÃO
(X) ANSIEDADE	() MANter CABECEIRA ELEVADA
() MEDO	() ASPIRAR VAS /TQT
() ENFRENTAMENTO INEFICAZ	() VERIFICAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
(X) RISCO PARA NUTRIÇÃO	(X) ATENTAR PARA QUEIXAS ALGICAS
DESEQUILIBRADA	(X) ATENTAR PARA NÁUSEAS E VÔMITOS
(X) MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	() OBSERVAR PERFUSÃO PERIFÉRICA
(X) NÁUSEA PARA O CONTROLE INEFICAZ TERAPÊUTICO	() MANter ACESSOS VENOSOS PERVIOS
() DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DE VIAS AÉREAS	() REALIZAR CONTROLE HÍDRICO DE <u>1</u> H
() FADIGA	(X) OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR ELIMINAÇÕES.
() INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE	(X) VERIFICAR E REGISTRAR EDEMAS
() RISCO PARA QUEIDAS	() AVALIAR RESÍDUO GÁSTRICO ANTES DA GAVAGEM
() RISCO PARA LESÃO	(X) VERIFICAR DISTENSÃO ABDOMINAL
() AUTOESTIMA PERTURBADA	(X) ESTIMULAR E REGISTRAR ACITAÇÃO DA DIETA
() DIARRÉIA	() MANter JEIUM A PARTIR DAS: _____ H
() CONSTIPAÇÃO	() REALIZAR DEXTRO <u>1</u> HORAS
() RISCO PARA CONSTIPAÇÃO	() ENCAMINHAR AO BANHO DE ASPERÇÃO
() DÉFICIT DO AUTO CUIDADO	() ORIENTAR AUTOCUIDADO
() COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	() REALIZAR BANHO NO LEITO
() RISCO PARA BRONCO ASPIRAÇÃO	() REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO <u>1</u> H
() DOR	() REALIZAR CURATIVO DIÁRIO
() HIPOTERMIA	() PREPARAR PARA EXAMES EM:
() HIPERTERMIA	() REALIZAR HIGIENE DE CONFORTO
() INTENSIDADE DA PELE PREJUDICADA	() ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO
() PADRÃO DO SONO PREJUDICADO	() OBSERVAR E REGISTRAR INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE FÍSICA.
() DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA	() OUTROS
() CONFORTO PREJUDICADO	
() DÉFICIT CARDÍACO DIMINUIDO	
() OUTROS:	

26 10 2020

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 33		

Nome: <u>Martha Pereira</u>		Localização / Região: <u>MDE</u>	
DATA: <u>13/09/20</u>	☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	 	 
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serososanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perilesional:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☒ Clorexidina 1% ☐ Outra: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outra: _____	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1% ☐ Outra: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outra: _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outra: _____	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outra: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde	☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Martha Pereira</u> Enfermeira COREN-RR 453.354	02- <u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.354	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:			

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

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CúnyaToc, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

Em 26/10/2020
Ass: SF

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
		LEITO	356	DATA	14/9/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				SN
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h [S/N]				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				SN
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				SN
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITA	PA	FC	FR	TEMP
6 H	130/80	82	+	36,4
12 H	150/90	70	+	36,4
18 H	160/100	83	+	35,4
24 H	110/60	82	+	36,4

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2035
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Bruno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 1131

Zenília Fontenele
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 928.668

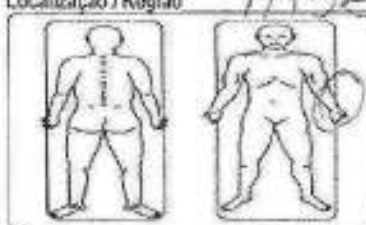
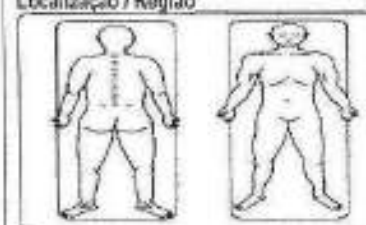
Andre Carlos Israel
CRM/RR 73722855268

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/10/2020

Ass:

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 33		

Nome: <u>MARTHA Pereira</u>			
DATA: <u>14/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>MSE</u> 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estase ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com estase ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ à beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perifoneal: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		Condição da pele Perifoneal: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☒ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Elber dos S. Barros</u> COEN nº 250234		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Enfermeiro G. dos Santos</u> COEN nº 250234	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Rosa Girele Gomes</u> COEN nº 355.556		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>[Assinatura]</u>	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 03 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass: [Assinatura]

KX em unhas
Pontuação!
356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	15/9/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8h
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				18h SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08h 20h
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08h 20h
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML
GLICOSE 60% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
12 H	120x85	84		35,8°C
18 H	130x11	85		35,8°C
24 H	160/100	97		36,2°C
24 H	130/77	93		36,1°C

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

Ednaira A. Alves Ferreira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 001.475.344
Ednaira

Vendedor de S. Conceição
CPF: 09.965.288 - TE

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass:



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																													
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO																													
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																													
PRESCRIÇÃO MÉDICA																													
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																									
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA																													
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E																													
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2																								
		LEITO	356	DATA	16/9/2020																								
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																								
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																								
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER																								
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN																								
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8 ^h																								
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN																								
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN																								
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN																								
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN																								
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN																								
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 - 20 ^h																								
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 - 20 ^h																								
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO																								
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA																								
15	hidroclorotiazida 5mg VO 1x/dia				08																								
16																													
17																													
19																													
20																													
22																													
23																													
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																													
EVOLUÇÃO MÉDICA:																													
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. #EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS																													
SINAIS VITA PA FC FRQ E TEMP <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>120x80</td> <td>82</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>35.2</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>135/83</td> <td>79</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>35.8</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>140x90</td> <td>96</td> <td>+</td> <td>-</td> <td>36.1</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>140x90</td> <td>92</td> <td>+</td> <td>+</td> <td>36.0</td> </tr> </table>						6 H	120x80	82	+	-	35.2	12 H	135/83	79	+	+	35.8	18 H	140x90	96	+	-	36.1	24 H	140x90	92	+	+	36.0
6 H	120x80	82	+	-	35.2																								
12 H	135/83	79	+	+	35.8																								
18 H	140x90	96	+	-	36.1																								
24 H	140x90	92	+	+	36.0																								
Lael Silva (Res Ortop) CRM/RR 2015 Loamir Viana (Res Ortop) CRM/RR 2124 Don Martins (Res Ortop) CRM/RR 2038 Bruno Vieira (Res Ortop) CRM/RR 2231																													

Dr. Bernardo de Souza
Técnico em Radiologia
COREN RR 001.026

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: [Assinatura]



356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESAO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
		LEITO	356	DATA	17/9/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				8
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				20:00 SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				20:00 SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15					
16					
17					
19					
20					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 D/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AMBAS PLANTONISTAS.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITA PA FC FRD E TEMP					
6 H	122/83	40	-	-	36,2
12 H	145/90	83	+	-	36,2
18 H	134/94	105	+	-	35,4
24 H	124/79	92	+	-	36,7

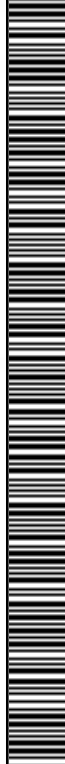
Jefferson da S. Mayallão
Téc. enfermagem
COREN-RR 001 246.112

Lael Silva (Res Ortop)
CRM/RR 2015
Loamir Viana (Res Ortop)
CRM/RR 2124
Don Martins (Res Ortop)
CRM/RR 2038
Breno Vieira (Res Ortop)
CRM/RR 2031

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass:

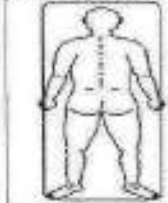
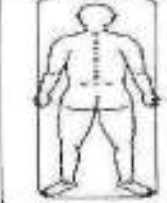
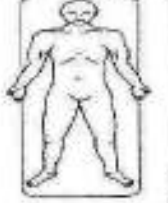


COVER-CON ORIGINAL

06/01/2007

Age: 97

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 38		

Nome: <u>MARTHA FERREIRA</u>			
DATA: <u>17-03-20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>17 26</u>  	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região:  
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma - outros: _____		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ oncológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma - outros: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☒ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Olor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		Olor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Marmorada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Marmorada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs: <u>04/04/20</u>			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Rosa Girele Gomes</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-RR 366.856</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Rosa Girele Gomes</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-RR 366.856</u>	
Carimbo e Assinaturas do Enfermeiro: <u>Rosa Girele Gomes</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-RR 366.856</u>		Carimbo e Assinaturas do Enfermeiro: <u>Rosa Girele Gomes</u> <u>Enfermeira</u> <u>COREN-RR 366.856</u>	
OBS: <u>Realizado curativo occlusivo</u> <u>com cobertura primária AGE + Gaze</u> <u>ferida com exsudato sero purulento</u> <u>pele, hiperemática. Siga as</u> <u>orientações de enfermagem.</u>		OBS:	

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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: SJ

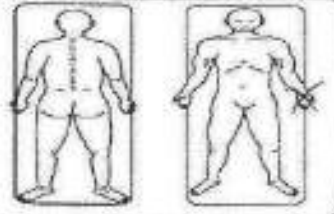
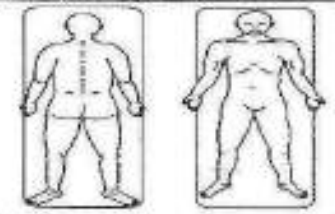
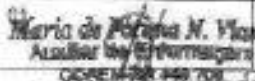
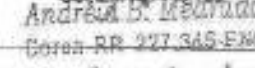
CONFIDENTIAL ORIGINAL

Qeios ID: 9ZM7

ASS: S.



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356		

Nome: <u>Martha Pereira</u>			
DATA: <u>18/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>M.S.E.</u> 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:		Etiologia ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico ☐ Escara	
Quantidade de Exsudato: ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☒ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☐ Sim ☒ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outro:		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na ferida): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☒ Colagenase ☐ AGE ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros:		Cobertura primária (Contato direto na ferida): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ Colagenase ☐ AGE ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem  Carimbo e Assinatura do Enfermeiro 	01-  02-		
OBS:		OBS:	

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

Em 26 / 10 / 2020
Ass: CS.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJXSV 5F4MW RZZ34 7XE7K





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

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Nome: MARTHA PEREIRA DA ROCHA

Leito: 356

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE OSSOS DA MÃO
SOLICITO RISCO CIRURGICO PARA REALIZAR PROCEDIMENTO
SERÁ AGENDADO PÓS RISCO CIRURGICO.

RX DE TÓRAX

NO PRONTUARIO

ECG

NO PRONTUARIO

EXAMES

INTERLIS HC

16/09/20

GRATO

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2038
MÉDICO

Resposta:

Paciente com HAS há 10a
com PA = 150 x 80 mm Hg.
HIST. PRESENTE NO HCTE (já em uso).

16/09/2020.

Isis Araújo Moura de Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1550
MÉDICO

16/09/2020. Aval. PE em Anexo.

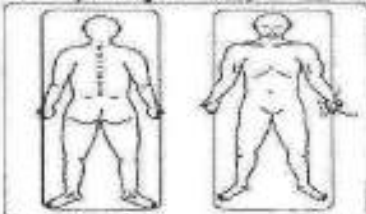
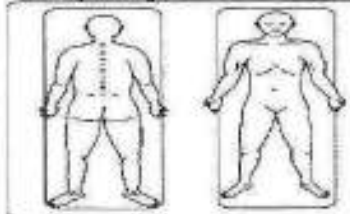
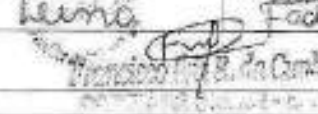
Isis Araújo Moura de Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1550

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração:
	Comissão de Curativo - HC	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 256			38

Nome: <u>Martha Pereira da Rocha</u>			
DATA: <u>09/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>M.S.E.</u> 	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☐ Sim ☒ Não		☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perifereira: ☐ Normal ☐ Macerada ☒ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:		☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>01.</u> 		<u>02.</u>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 			
OBS:		OBS:	

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

26/10/2020
Ass: 

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
	LEITO	356	DATA	20/9/2020	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08:20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08:20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	5SVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1xdia				8.
16					
17					
19					
20					
22					
23					

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 250-300; 400; 300-360; 600; 350-400; 400; 400-450; 450-500 OU GLICOSE < 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Andréia B. Medrada
Coren-RR 227.345-ENF

Andréia B. Medrada

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	107x70	94		35.6°
12 H	130/70	120		35 °C
18 H	140/80	103		36.6
24 H	130x60	101		36.

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Denise Menezes (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Bruno Viana (Res Ortop)

CRM/RR 1231

Inda de Almeida Brito Filho
Técnico de Enfermagem
nº 01.033.751-TE

Inda de Almeida Brito Filho
Técnico de Enfermagem
nº 01.033.751-TE

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: *[Assinatura]*

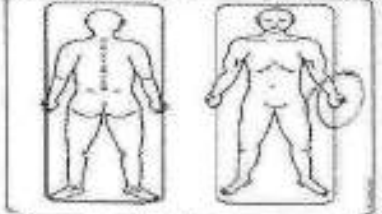
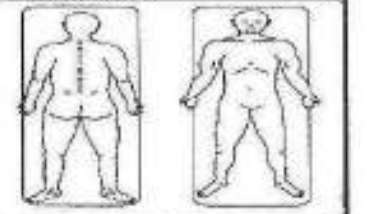
CONFIDENTIAL ORIGINAL

06/01/2020

Ass:



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356 88		

Nome: <u>MARTHA RENEIRA</u>			
DATA: <u>20/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>MSE</u> 	DATA: _____ ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região: _____ 
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo	
Dor: ☐ Sim ☐ Não		Dor: ☐ Sim ☐ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☒ Gaze ☐ Fibrinase ☒ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: _____ Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Francisco dos Santos</u> Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Francisco dos Santos</u>		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Edilene da Silva</u> Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: <u>Edilene da Silva</u>	
OBS: <u>Francisco dos Santos</u> <u>COREN-RR 348.982 - ENF</u>		OBS: _____	

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

CONFERE COM ORIGINAL

Em 20/09/2020

Ass: [Assinatura]



356

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLINICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARTHA PEREIRA DA ROCHA					
DIAGNÓSTICO PO LESÃO TEND EXT PÉ E					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2
		LEITO	356	DATA	21/9/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8h SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1x/dia				8
16					
17					
19					
20					
22					
23					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VIT	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120x80	82	+ (-)	36,2
12 H	129/67	94	+ +	36,4
18 H	110x80	89	+ +	36,2
24 H	150x80	92	+ (-)	36,4

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

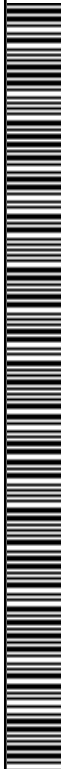
Antônio Manoel Aguiar de Sousa
Técnico em Radiologia
CURSO RR 001/108.452

CONFERE COM ORIGINAL
Em 26/10/2020
Ass: [Assinatura]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJXSV 5F4MW RZZ34 7XE7K



Ass: S.
 File # 26/10 6020



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

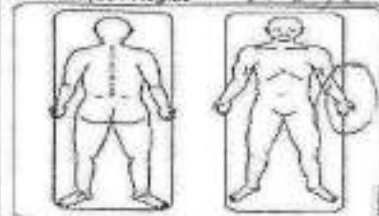
Nome: Marta Pereira

DATA: 21/09/20

☐ GRAU - I

☒ GRAU - II

Localização / Região

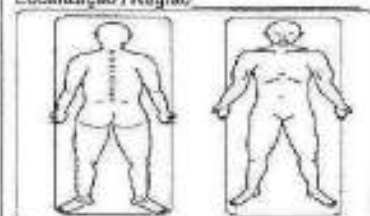


DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
 Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☐ Tecido de granulação ☒ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serososanguíneo

Dor:

☒ Sim ☐ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele

Perifoneal:

☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1%
☒ Clorexidina 4% ☐ Outra: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☒ AGE ☐ Outra: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass.
Téc. em Enfermagem

01- Fraque Assis
 02- Rebecca

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

Andréia B. Medrado

Coram-RR 227.343-ENF

Andréia

OBS:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: SP

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

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
HOSPITAL DA CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARTHA PEREIRA DA ROCHA				
DIAGNÓSTICO	PO LESAO TEND EXT PÉ E + FX DE PLATO TIBIAL				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	SIM
		LEITO	356	DATA	22/9/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV SN				SN
4	OMEPRAZOL 40MG VO OU EV 1X/DIA				6
5	PARACETAMOL 500MG VO 6/6H				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	SIMETICONA 40 GTS VO 8/8H SN				SN
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA MAIOR IGUAL A 160X110MMHG				SN
10	CIPROFLOXACINO 500MG EV 12/12H				08 20
11	LOSARTANA 50MG VO 12/12H				08 20
12	CURATIVO DIÁRIO				CURATIVO
14	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA
15	Hidroclorotiazida 25mg VO 1x/dia				8
16	Dexametasona 4mg VO 1x/dia				16:30h
17					
19					
20					
22					
23					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DLM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	120/80	80		36°C	+4
18 H					
24 H					

356

Loamir Viana
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2124

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2013

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

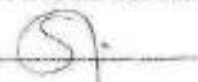
CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

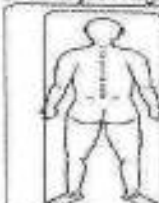
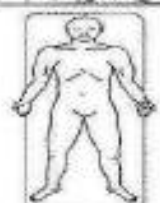
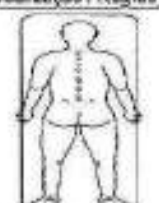
CONFERE COM ORIGINAL

Em 26 / 10 / 2020

Ass: 



	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HC	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 356		

Nome: <u>Martha Pereira</u>			
DATA: <u>22/09/20</u> ☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	Localização / Região: <u>M.S.E</u>  	DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II	Localização / Região:  
Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra:		Etiologia: ☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: ☒ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico		Aparência do Leito: ☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínima ☐ úmido, pouco ☒ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: ☐ seco, mínima ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serososanguíneo		Tipo de exsudato: ☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serososanguíneo	
Dor: ☐ Sim ☒ Não		Dor: ☐ Sim ☒ Não	
Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		Odor: ☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor	
Condição da pele Perilesional: ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:		Condição da pele Perilesional: ☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras:	
Solução para limpeza: ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☒ Clorexidina 4% ☐ Outra:		Solução para limpeza: ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outra:	
Cobertura primária (Conato direto na lesão): ☒ Gaze ☒ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outra:		Cobertura primária (Conato direto na lesão): ☐ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outra:	
Hora do curativo: ☒ Manhã ☐ Tarde		Hora do curativo: ☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Martha de Brito N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 449.708		Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem: <u>Alcides T. dos Santos</u> Téc. em Enfermagem COREN-PR 504.082-18	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:	
OBS:		OBS:	

Francisco Ivo R. da Cunha
COREN-PR 449.982 - ENF

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: 



SERVIÇO SOCIAL
FICHA SOCIAL

DATA 12/09/2020

1.1 - DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME: <u>Martha Pereira</u>		
MÃE: <u>Gilma Pereira da Rocha</u>		
PAI: <u>Anselmo Marques</u>		
DATA DE NASC.: <u>01/05/1970</u>	IDADE: <u>50</u>	Nº SUS:
ESCOLARIDADE: <u>Médio completo</u>	NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	
COR/ETNIA:	NATURALIDADE: <u>Baía da Ilha</u>	
CPF:	RG:	
ESTADO CIVIL: <u>Casado</u>	OCUPAÇÃO: <u>Doméstica</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua: Rio Cipari, 278 - Prop. Conceição</u>		
MUNICÍPIO:		
TELEFONES ÚTEIS: <u>91159-4458 / 99177-6598 - 0-2000</u>		
DIAGNÓSTICO:		LEITO: <u>356</u>

1.2 - DADOS DO ACOMPANHANTE

NOME	<u>Ranismaia Melo (esposa)</u>
TELEFONE	

OBS: Solicitar cópia dos documentos: CPF, RG, CNS e COMPROVANTE DE ENDEREÇO e anexar.

1.3 - ANOTAÇÕES:

CONFERE COM ORIGINAL

Em 26/10/2020

Ass: (S)



Paciente: Martha Pereira Da Rocha	Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade: 50 ANO
Documentos:			
Solicitação: 70026527	Número Interno:	Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231	
Origem: HC	Setor: BLOCO 3B	Leito: 356	
Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10			

Resultado de Exame

Amostra: 7002652701

Liberação: 14/09/2020 08:35:41

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA	11.2 seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	0.93	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	29.1 seg	25.0 - 39.0 seg
RATIO	-	0.0 - 1.25
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100 %	70.0 - 100.0 %

Notas

O Núcleo da 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.

Joseane dos Santos Alves
Farmacêutica- Bioquímica
CRF-816





Paciente: Martha Pereira Da Rocha	Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade: 50 ANO
Documentos:			
Solicitação: 70026527	Número Interno:	Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231	
Origem: HC	Setor: BLOCO 3B	Leito: 356	
Data de Emissão: 13/09/2020 08:06:10			

Resultado de Exame

Amostra: **7002652703**

Liberação: **14/09/2020 08:04:26**

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: **SANGUE TOTAL**

Métodologia: **M26 - Automatizado (bc-5380)**

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	12.96 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	78.30 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	16.20 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	1.00 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4.27 x10⁶/uL	3.9 - 5.03 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.20 g/dL	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	38.90 %	40.0 - 50.0 %
VCM	91.10 ug/L	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	30.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.90 g/dL	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	12.30 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	43.00 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	243.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.20 fL	8.5 - 12.0 fL
ADP	15.90	9.0 - 17.0
PCT	0.224 %	1.08 - 2.82 %


Valdislene Lima Braga
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 438

Responsável Técnico: **Elisângela Souza da Silva Andrade - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 621**
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal.

Data de Impressão: **09/22/2020 15:20:38**

(*) Redigido
Página: 3 de 3





Paciente: Martha Pereira Da Rocha	Sexo: Feminino	Nasc: 01/05/1970	Idade: 50 ANO
Documentos:			
Solicitação: 70026527	Número Interno:	Solicitante: BRUNO VIEIRA DE LIMA CRM-RR 1231	
Origem: HC		Setor: BLOCO 3B	Leito: 356
Data de Emissão: 13/09/2020 08:05:10			

Resultado de Exame

Amostra: 7002652702

Liberação: 14/09/2020 08:42:23

DOSAGEM DE CREATININA

Material: **SORO**

Métodologia: **M11 - Cinético Pícrato Alcalino**

Resultado

Referência

CREATININA

0.53 mg/dL

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

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

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: **SORO**

Métodologia: **M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)**

Resultado

Referência

GLICOSE BASAL

125.27 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: **SORO**

Métodologia: **M17 - Cinético Uv (urease)**

Resultado

Referência

URÉIA

22.15 mg/dL

15.0 - 40.0 mg/dL

Joseane dos Santos Alves
Farmacêutico-Bioquímica
CRF-810

Responsável Técnico: Eliângela Souza da Silva Andrade - Farmacêutica Bioquímica - CRF - RR 921

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Data de Impressão: 09/22/2020 15:20:35

(*) Resultado

Página 2 de 3





AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO



NOME: Martha Pereira de Roche

IDADE: 50 anos

356

FATORES DE RISCO	PTS
Idade acima de 70 anos	5
IAM há menos de 6 meses	10
B3 ou Estase Jugular	11
Importante Estenose Aórtica	3
Eletrcardiograma:	7
- Ritmo não sinusal ou ESSV	()
- Mais de 5 ESV em qualquer momento antes da cirurgia	()
Estado geral e laboratorial:	3
- $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$	()
- $K < 3$ mEq/L	()
- $HCO_3 < 20$ mEq/L	()
- Uréia > 100 mg/dl ou Creatinina > 3 mg/dl	()
- AST anormal	()
- Paciente acamado por causa não cardíaca	()
Cirurgia Intraabdominal, Intratorácica ou Aórtica	3
Cirurgia de Emergência	4

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

H.D.A.: Fratura platô tibial + Fratura ossos da mão

H.P.P.: HAS de 30a - LST 50mg 2x/dia + METZ.

Alça DM.

Cirurgias prévias: histo ovario, HTA, u.a. entop. MSE. Alça de pirose

H.FAM.: pai e mãe HAS e DM

Tabagismo: 0

Etilismo: 0

Exame físico: apneia

A.C.: RR 20 bpm bl. 16mm

PA: 130 x 80 mmHg FC: 68 bpm FR: 20 irpm

Exames Laboratoriais:

- Hb 13,2 g/dl; Ht 38 %; Leucócitos 12.960 PLT 243.000;

- TC - TS - TAP 11,2 INR 0,9

- Glicose: 104 Uréia: 22 Creat: 0,5 TGO: - TGP: -

Radiografia de Tórax: ILT 0,5

ECG: RS, ST @

Comentários: Goldman Ju

Boa Vista/RR, 18/09/2020

Laís Andréa Moura de Oliveira
Enfermeira Médica/Cardiá
Rég. RR 1510

Assinatura

33-356
Mantida Ressonância na Abdominal

Soluto

ECCG

13/29/2020

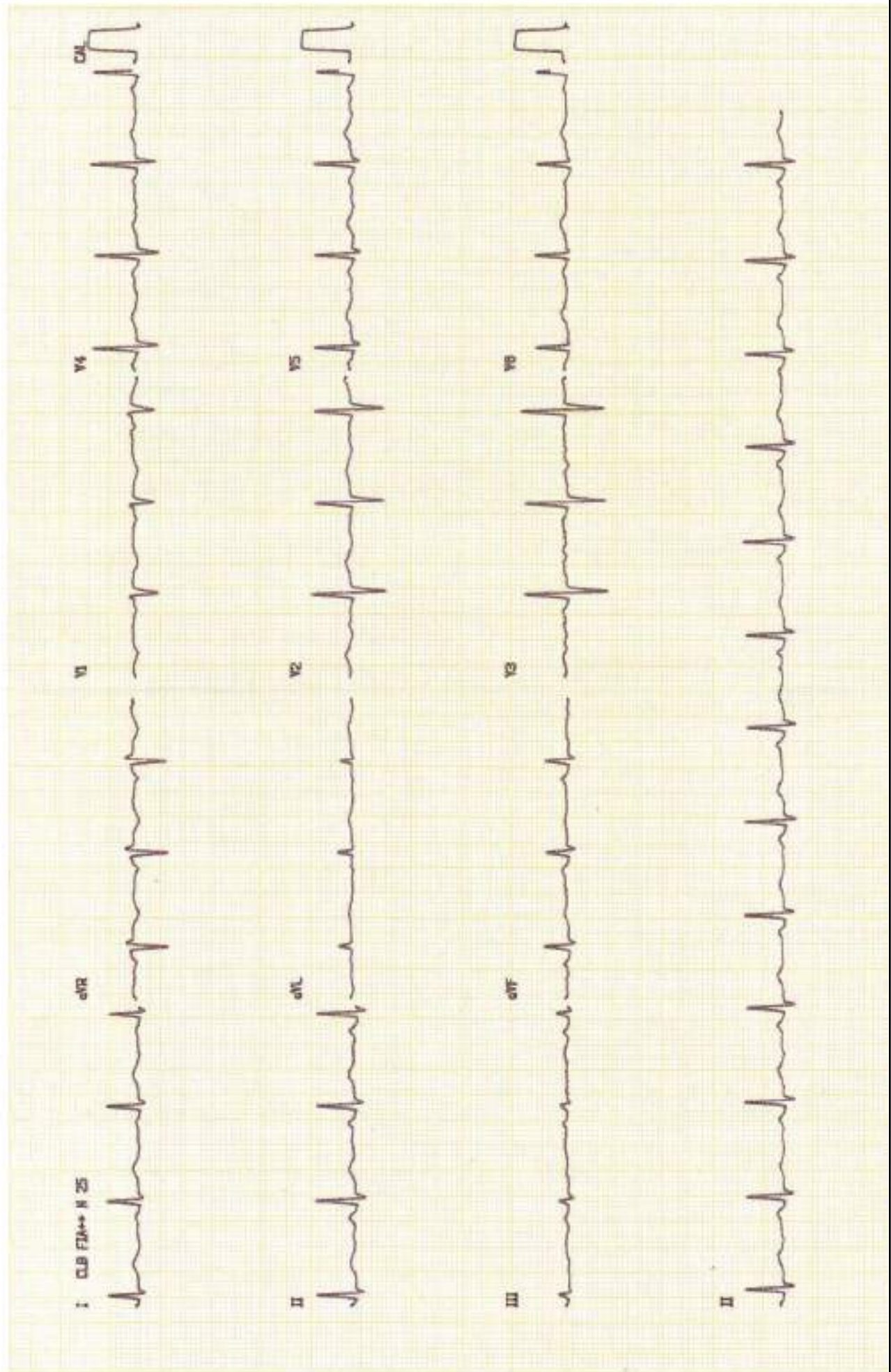

Dr. Bruno Vieira de Lima
CRM-RR 1231
CNS 980016287984622



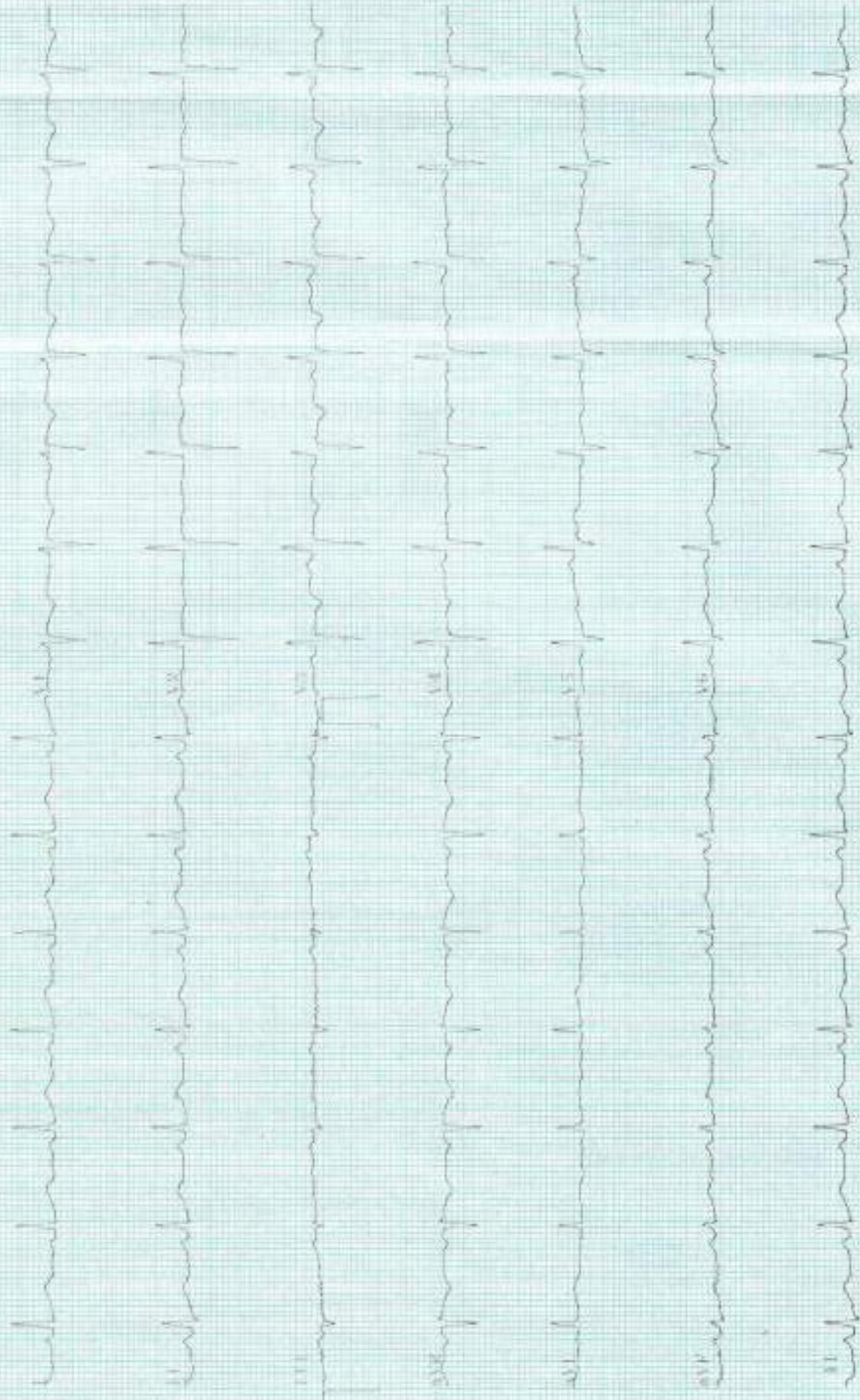
Martha Pereira

Leito: 356

13 SET. 2020



20/10-09-17 01:12:22
T0 1 11/12/2020
Exame
ECG 12-12-2020 01:12:22
PR 160 150 mm Hg 150 mm Hg
QRS 100 75 75 150 mm Hg
QT/QTc: 384/472 ms ECG 100 150
PR 160 150 mm Hg
53 16 20

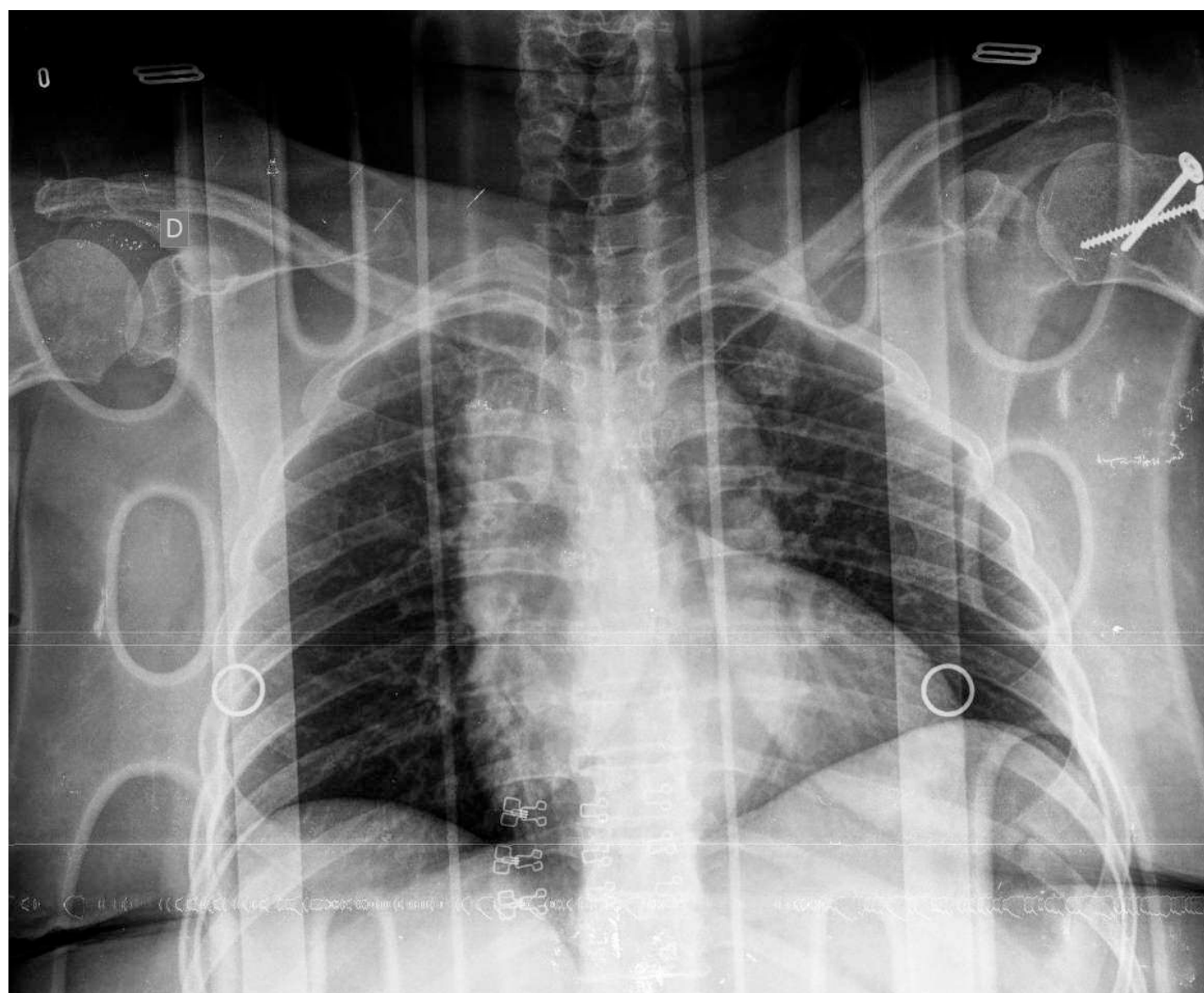


Q: 11/12- 100Hz, CAROLZ.

Todos os Canais 110, 0mV, 1V, 2V, 3V, 4V, 5V, 6V, 7V, 8V, 9V, 10V.

AM2000 Ver 5.13N, 30, 60mm/seg, 11/12/2020

Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:48 Torax AP



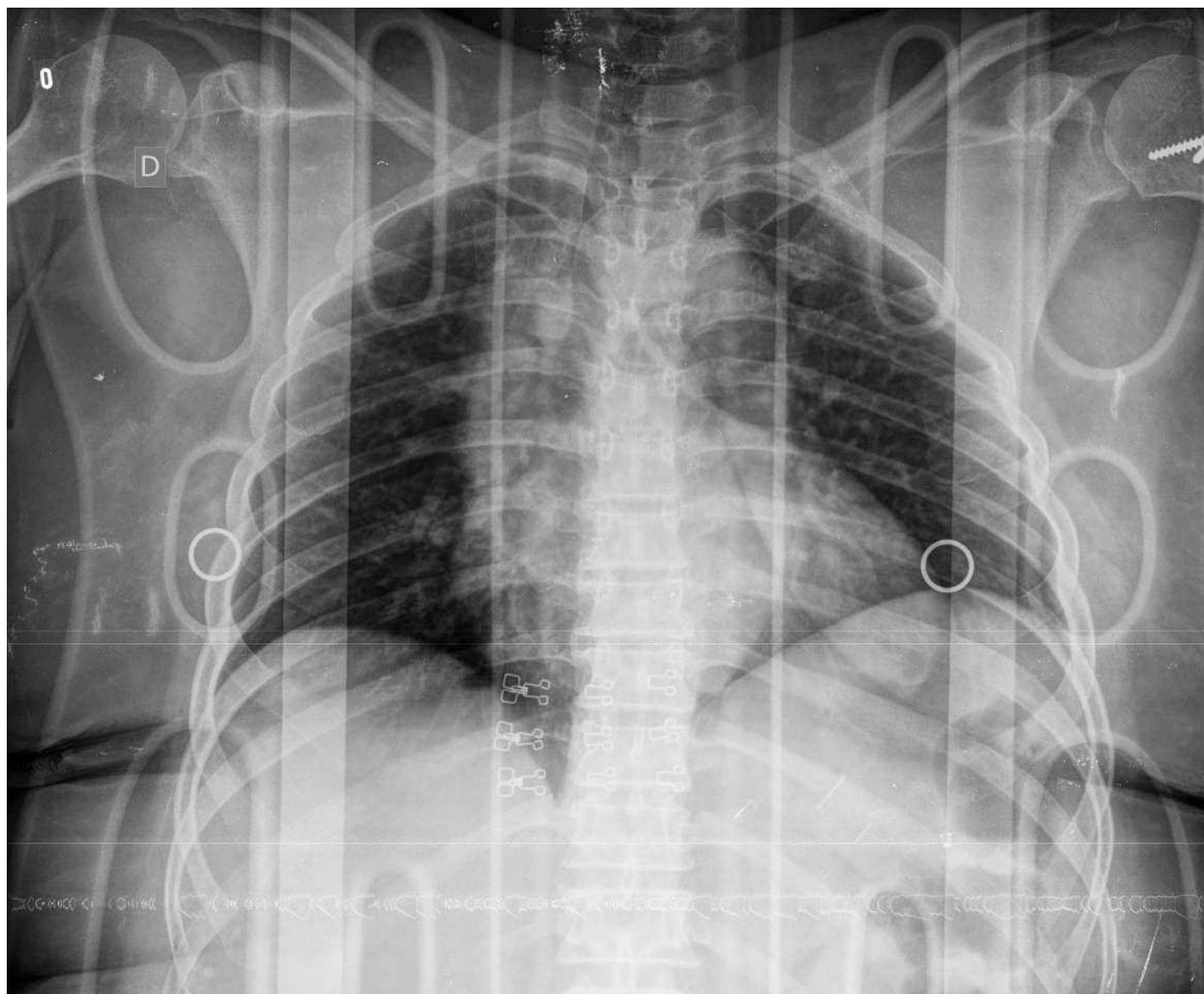
Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:51 Torax AP

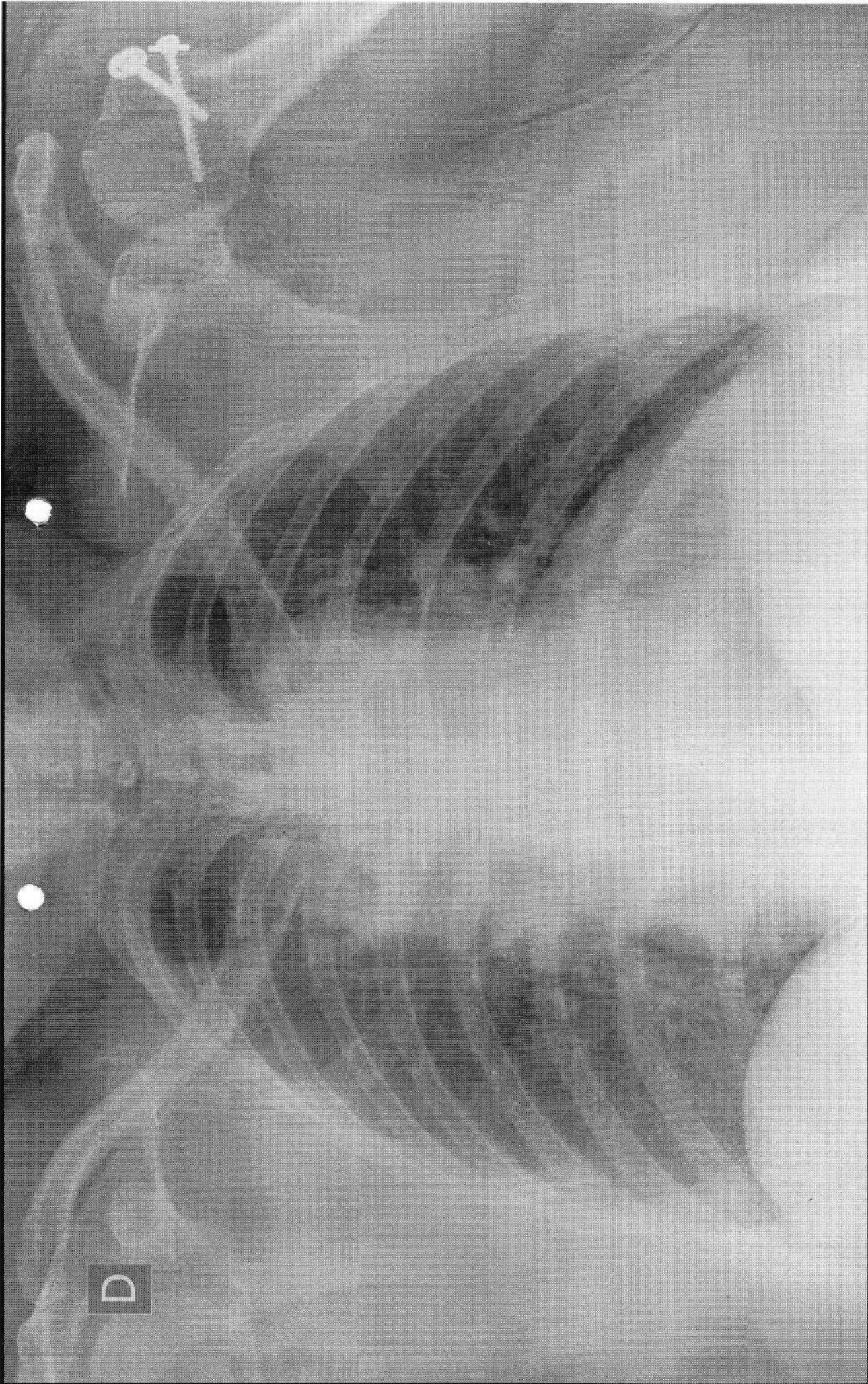


Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 11/09/20 - 19:51 Torax AP



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Da Rocha [HGR-2498859985]
Study: 12/09/20 - 01:07 Torax AP





MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: LEITO 356
Data: 13/09/2020

Nr:
Tec: ALILSON
73,5 %



356

D

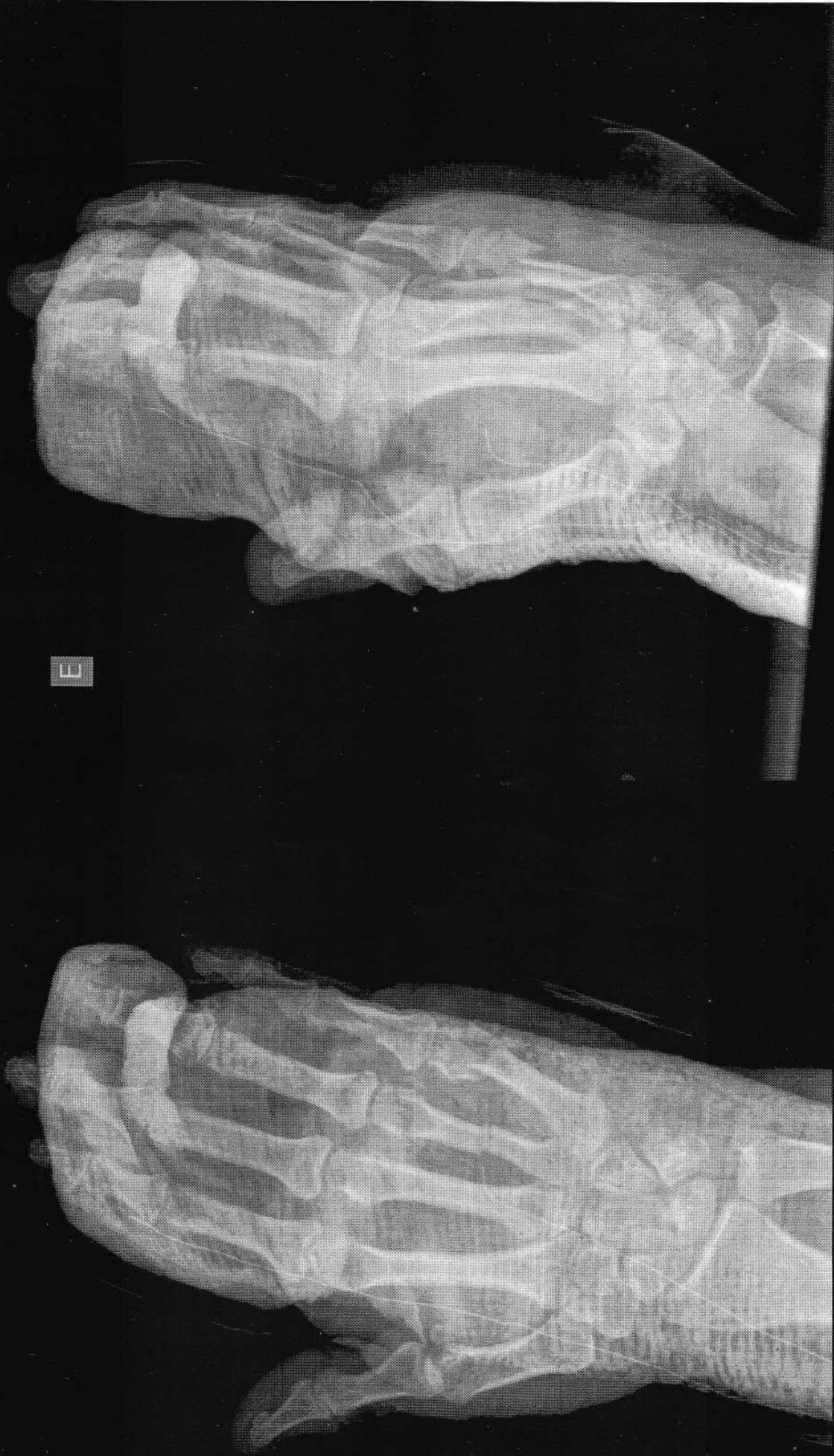
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 3161
Data: 15/09/2020

Nr: LEITO 356
Tec: SAMARA LUISE 68,0 %







E

E

79,4 %

79,4 %

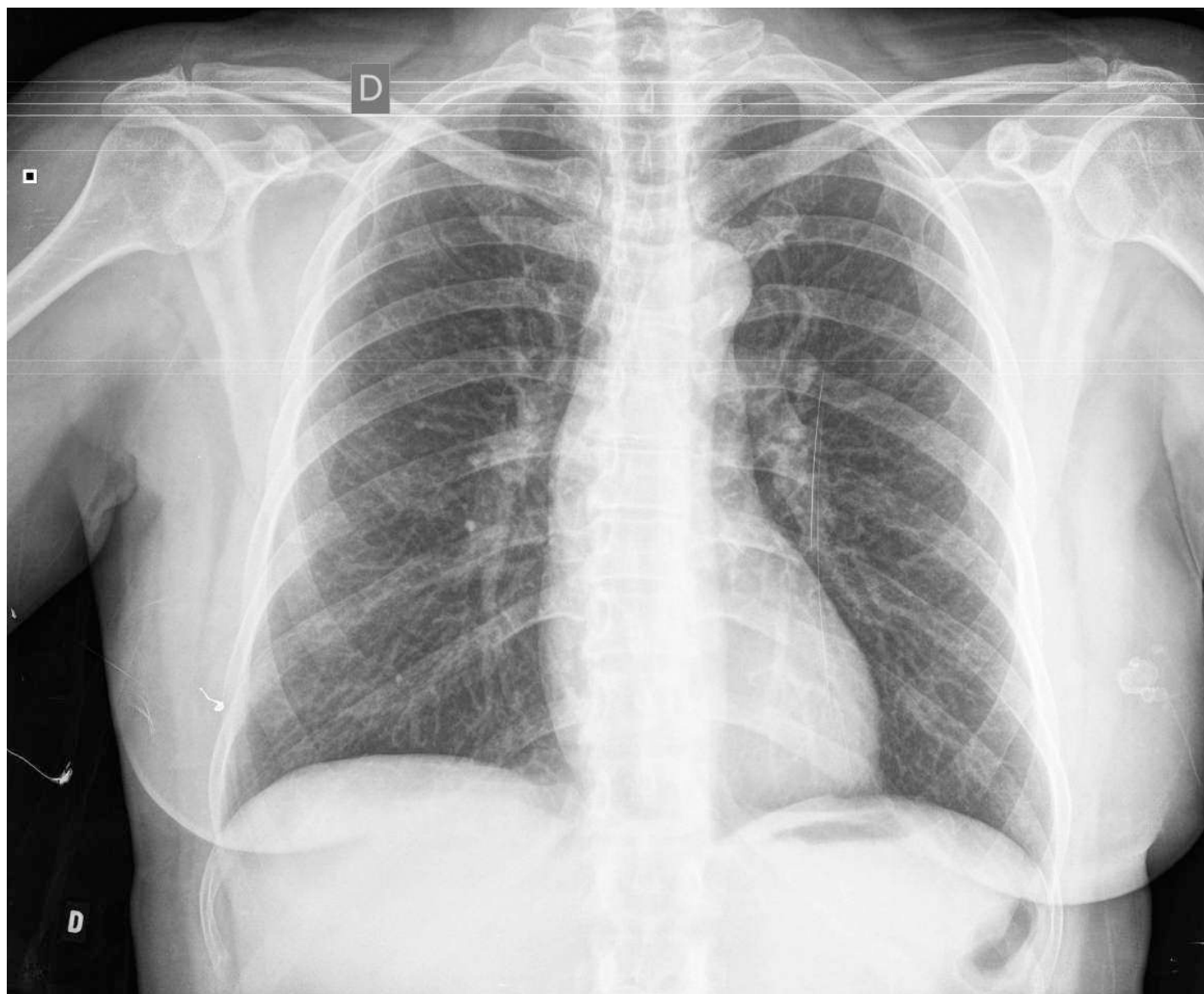
MARTHA PEREIRA DA ROCHA
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID: 50
Data: 17/09/2020

Nr: 3207
Tec:

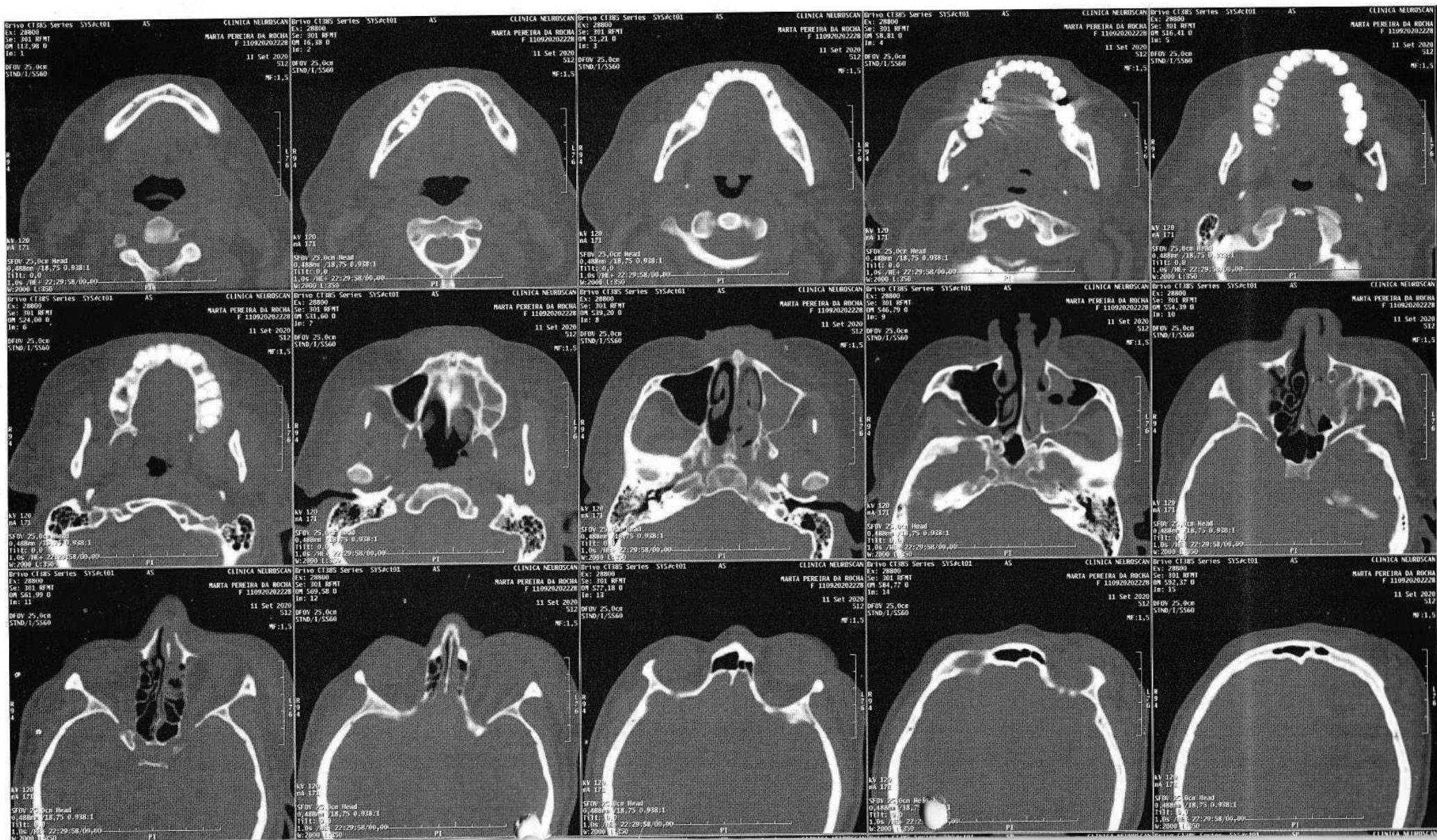
356

Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Santos Melo [HGR-3129306282]
Study: 22/09/20 - 10:02 Torax PA



Printed by Zafaz Sistemas e Tecnologia, By Miguel (1/1)
Patient: Martha Pereira Santos Melo [HGR-3129306282]
Study: 22/09/20 - 10:03 Torax PA





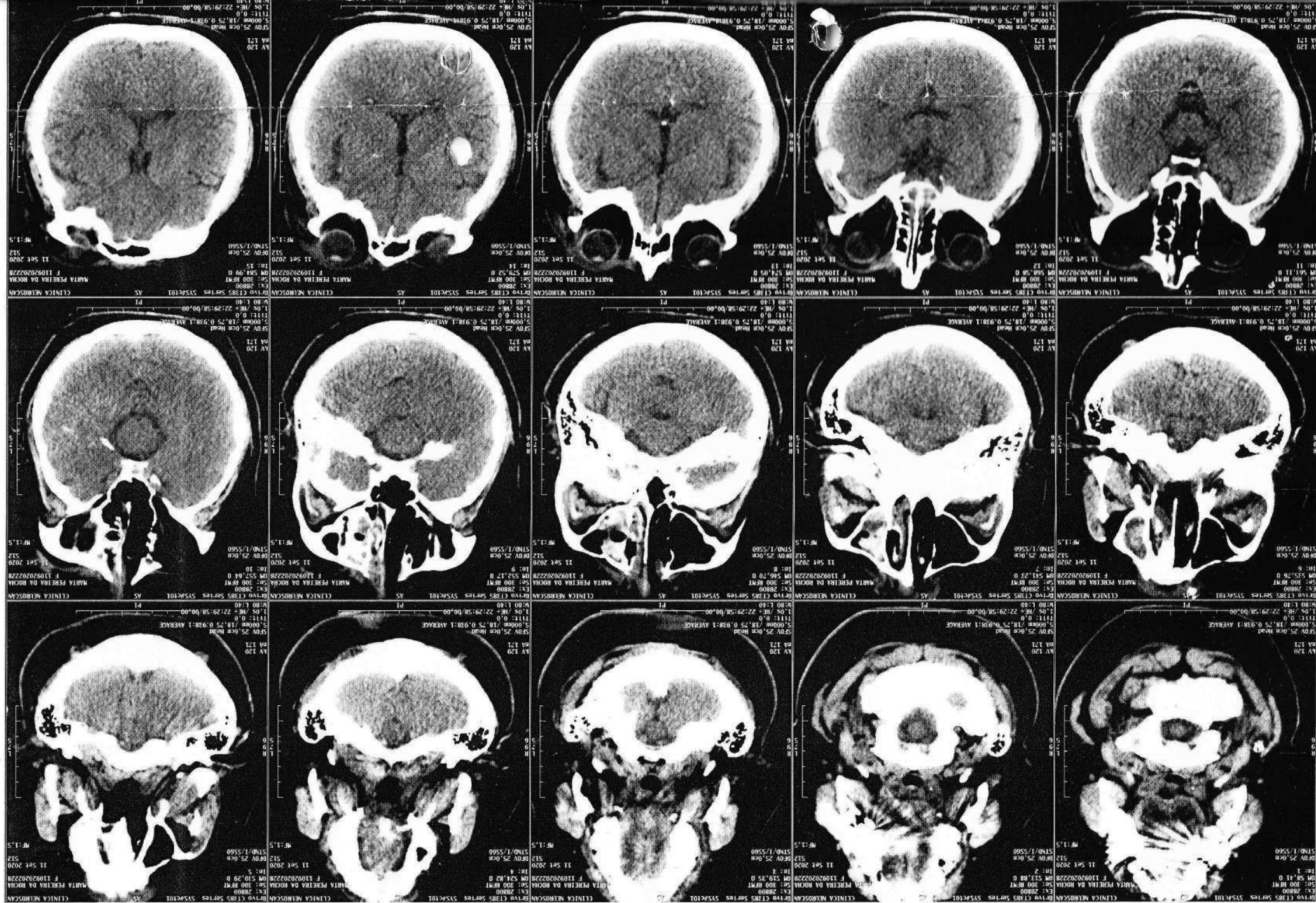


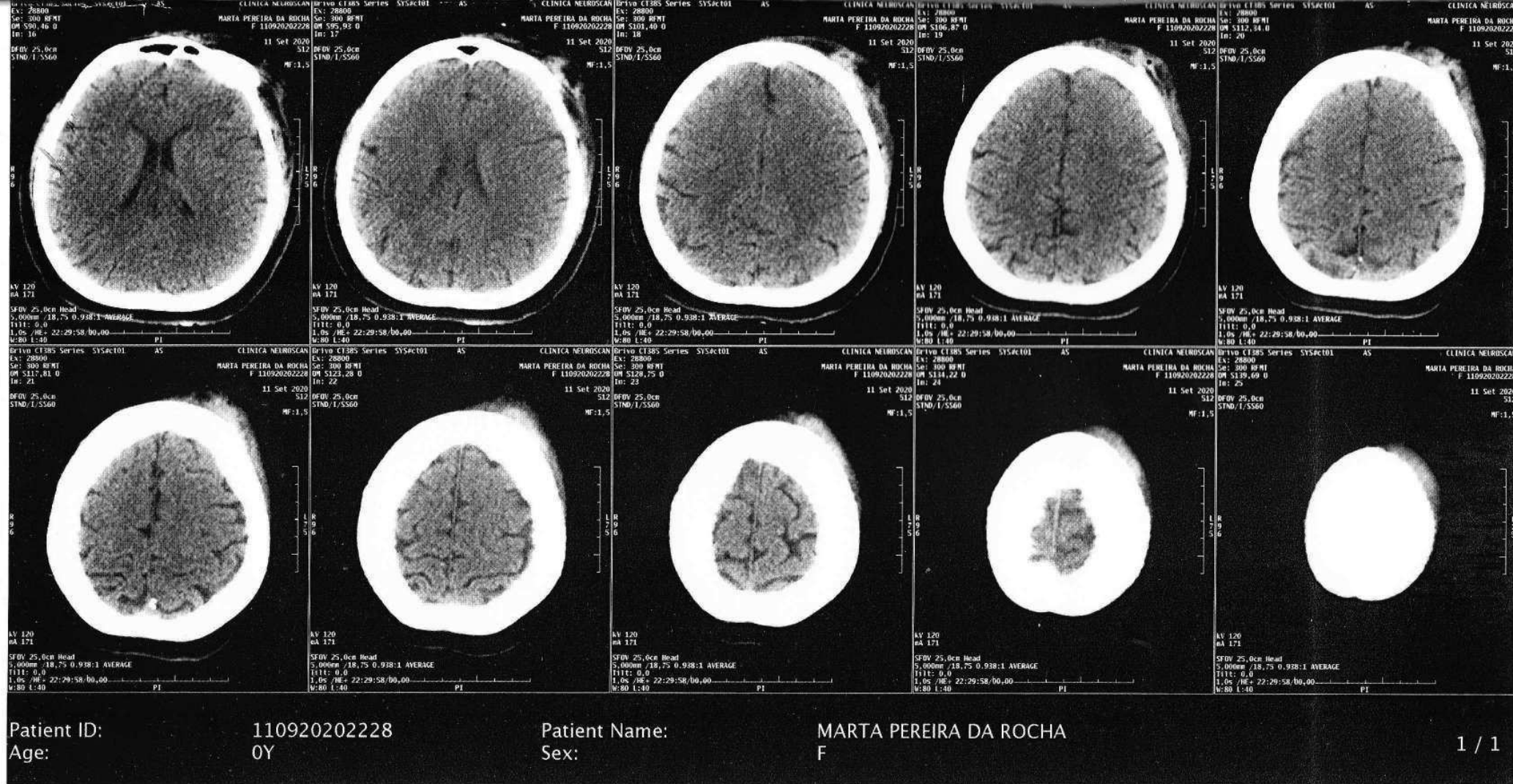
Patient ID: 110920202228
Age: 0Y

Patient Name: MARTA PEREIRA DA ROCHA
Sex: F

1 / 1









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:

382.004.812-04

4 - Nome completo da vítima:

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

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

5 - Nome completo:

MARTHA PEREIRA DA ROCHA

6 - CPF:

382.004.812-04

7 - Profissão:

DESEMPREGADA

8 - Endereço:

RUA RIO APIAU

9 - Número:

278

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PROF ARACELI SOLTO MAIOR

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.312-155

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

95 99159-4458

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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5076

8

CONTA: 23.281

5

(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

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, 27 DE OUTUBRO DE 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

[Início](#) [Recomeço](#) [Perguntas Frequentes](#) [Chat](#) [Portal da Integridade](#) [Ouvidoria](#) [Canal de Denúncias](#) [Blog](#)

[A COMPANHIA](#) [SEGURO DPVAT](#) [PONTOS DE ATENDIMENTO](#) [CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS](#) [SALA DE IMPRENSA](#) [TRABALHE CONOSCO](#) [CONTATO](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200408276 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARTHA PEREIRA DA ROCHA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO MARTHA PEREIRA DA ROCHA
CPF/CNPJ: 38200481204

Posição em 14-12-2020 12:04:32
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/11/2020	PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





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



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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