

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2964712920210129161816

Processo 0800730-97.2021.8.23.0010 ☆ - (15 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

8 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 8

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 8	29/01/2021 16:18:16	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
8.1 Arquivo: Petição		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2780400CONTESTACAO01.pdf Público
8.2 Arquivo: DOCS		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2780400CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
8.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER		Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
7	19/01/2021 10:32:12	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JEFFERSON SOUZA CRUZ com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (18/01/2021)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
[+] 6	18/01/2021 18:07:42	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
5	14/01/2021 09:08:52	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	14/01/2021 09:08:52	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	14/01/2021 09:08:52	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	14/01/2021 09:08:52	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	14/01/2021 09:08:51	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	MARLON TAVARES DANTAS Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08007309720218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JEFFERSON SOUZA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/02/2020**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/06/2020**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 11.981,25 (onze mil e novecentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária   orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrar  em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218,   4  do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-f , pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as d vidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO -  NUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5    5  da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...]   4  - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 11.981,25 (onze mil e novecentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 11.981,25 (onze mil e novecentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **16/02/2020**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 11.981,25 (onze mil e novecentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 11.981,25 (ONZE MIL E NOVECENTOS E OITENTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE JURÍDICA DO PAGAMENTO INTEGRAL

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização em grau total, sem atentar-se que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Sendo assim, não há que se falar em hipótese de condenação devido ao valor indenizatório ultrapassar o valor de R\$ 13.500,00, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de **R\$ 11.981,25 (ONZE MIL E NOVECENTOS E OITENTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**, e o pagamento administrativo no valor de **R\$1350,00, relacionado ao sinistro ocorrido em 12/05/2012**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA	
FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE	
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
BANCO: 001	AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2
DATA DA TRANSFERENCIA:	29/10/2012
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.350,00
*****TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE:	JEFFERSON SOUSA CRUZ
BANCO:	104
AGÊNCIA:	03027
CONTA:	000000008498-8
Nr. da Autenticação 095AAD343AFD02B7	

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, ATÉ O LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL DE R\$ 13.500,00 tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁶.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁷.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁷“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.** (TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹ art.

1º

(...)

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

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 27 de janeiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JEFFERSON SOUZA CRUZ**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08007309720218230010.

Rio de Janeiro, 27 de janeiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303281

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR E + CONTUSÃO GRAVE EM OMBRO/MSE

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO DO OMBRO ESQUERDO APRESENTA FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, ABDUÇÃO AOS 0°, ADUÇÃO AOS 0°, ROTAÇÃO MEDIAL AOS 0°, ROTAÇÃO LATERAL AOS 0°, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA INEXISTENTE, SEM AMPUTAÇÃO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE ANORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME APURADO ATRAVÉS DO EXAME FÍSICO, O CONJUNTO DAS SEQUELAS REPERCUTE EM TODO O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL. AO EXAME FÍSICO DO JOELHO ESQUERDO APRESENTA JOELHO VARO, FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, AUSÊNCIA DE DERRAMES ARTICULARES, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, SEM AMPUTAÇÃO, MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, AGACHAMENTO ALTERADO, COM ENCURTAMENTO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO ANORMAL, TEMPERATURA ANORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS EXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIA DO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO ESQUERDO
MSE: PARALISIA DO MEMBRO, FLACIDEZ MUSCULAR, ATROFIA MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR EM OMBRO/MSE: TEVE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA
FEMUR DISTAL ESQUERDA: OSTEOSSÍNTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA COM PARAFUSOS
ALTA MÉDICA

Sequelae permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO ESQUERDO

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 10/09/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA MÉDICO EXAMINADOR: TEM DEFORMIDADES NO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA PERNA DECORRENTE DE ACIDENTE ANTERIOR
O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO E EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			88,75 %	R\$ 11.981,25

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200303281

Nome do(a) Examinado(a): JEFFERSON SOUZA CRUZ

Endereço do(a) Examinado(a): R ANTARES, 216, , Boa Vista/RR

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 258703

Data e local do acidente: 16/02/2020 - Boa Vista/RR

Data e local do exame: 10/09/2020 - Boa Vista/RR

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO COM POSTE COM CONSEQUENTE FRATURA DO FEMUR E + CONTUSÃO GRAVE EM OMBRO/MSE

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

OMBRO/MSE: TEVE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL SEM INDICAÇÃO CIRURGICA + FEMUR DISTAL E: OSTEOSINTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA COM PARAFUSOS

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 0°, extensão aos 0°, abdução aos 0°, adução aos 0°, rotação medial aos 0°, rotação lateral aos 0°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, com déficit funcional total. Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 0°, extensão aos 0°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura anormal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericrânio possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

MSE: PARALISIA DO MEMBRO, FLACIDEZ MUSCULAR, ATROFIA MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano

corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Total - 100%

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

TEM DEFORMIDADES NO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA PERNA DECORRENTE DE ACIDENTE ANTERIOR



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237941/20

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

CPF: 983.529.462-34

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 16/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON SOUZA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON SOUZA CRUZ : 983.529.462-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: JEFFERSON SOUZA CRUZ
CPF: 983.529.462-34

JEFFERSON SOUZA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

258703

13/12/2019

JEFFERSON SOUZA CRUZ

MIGUEL ALVES DA CRUZ
LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA
ITAITUBA - PA

18/02/1988

CERTD NASC 60.968 PLS 154V LV A/05
1 OF BOA VISTA-RR

983.529.462-34

28 VIA

PIS/PASEP:

AMARELI ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ORBITAL

Polegar Direito

Jefferson Souza Cruz

CARTeira DE IDENTIDADE

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5610777

LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA

R. ANTARES, 216 ,

JARDIM PRIMAVERA

69314196 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 389811	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh) 302	VENCIMENTO 06-AUG-20	TOTAL A PAGAR R\$ 282,55

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 389811	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 282,55
------------------------	----------------	-----------------------------

836400000029.825500750005.000000000380.981107200058





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

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

Ocorrência Nº: 5166/2020 - Registrado em: 22/06/2020 às 18h 31min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/02/2020 às 02h 00min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: RUA ANTARES

Bairro: JARDIM PRIMAVERA

Referência:

Complemento: RUA ANTARES

UF: RR

Nº: 0000

CEP:

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

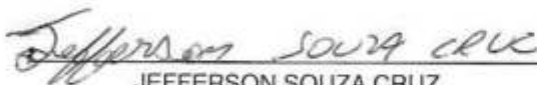
JEFFERSON SOUZA CRUZ(32), nascido(a) em 18/02/1988, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 983.529.462-34, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA e , endereço: RUA ANTARES, cep: 69314-196, Nº: 216, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: (95) 99166-7789.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: O COMUNICANTE INFORMA QUE CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, DE PLACA NUJ-1189 E CHASSI Nº 9C2KC1660ER503814, NA RUA ANTARES, BAIRRO JARDIM PRIMAVERA, ONDE VINHA UM VEICULO DE COR VERMELHA A SUA FRENTE, QUANDO CHEGOU NA RUA DAS ACÁCIAS, NÃO PERCEBEU QUE O VEICULO PAROU, E FREOU BRUSCAMENTE PARA DESVIAR DO MESMO E ACABOU DERRAPANDO E COLIDINDO COM UM POSTE. A VITIMA FOI ATENDIDA PELO SAMU E ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL GERAL DE RORAIMA COM LESÃO CORPORAL E SUSPEITA DE FRATURA NA PERNA E OMBRO DIREITO. A PM NÃO ESTEVE NO LOCAL. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRONICAMENTE


JEFFERSON SOUZA CRUZ
COMUNICANTE

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: 963.529.462-34 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Souza Cruz

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

5 - Nome completo: Jefferson Souza Cruz 6 - CPF: 963.529.462-34
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Antares 9 - Número: 216 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: RR 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-196
15 - E-mail: jidubaruista.pendencio@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 8498 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 a 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 (vairasor)? ☐ 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 13 de Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jefferson Souza Cruz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 963.529.462-34 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Souza Cruz

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

5 - Nome completo: Jefferson Souza Cruz 6 - CPF: 963.529.462-34
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Antares 9 - Número: 216 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Jardim Primavera 12 - Cidade: RR 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-196
15 - E-mail: jidubaruista.pendencio@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (95) 99117-5392

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3027 CONTA: 8498 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 a 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 (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
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 13 de Agosto 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Jefferson Souza Cruz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303281

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON SOUZA CRUZ

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 11.981,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 = R\$ 9.450,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Valor: R\$ 11.981,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000008498-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303281

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JEFFERSON SOUZA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303281

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON SOUZA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

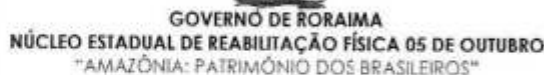
CLIENTE: JEFFERSON SOUSA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000008498-8

Nr. da Autenticação 095AAD343AFD02B7



NOME:

RECEITUÁRIO

[illegible]

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã

CEP 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil

(06x95) 98404-9631

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia - Fisiologia - Acupuntura
CRM-RR 589

CEMRR 589

16/02/20

Ortopedia (Dr. Elden)

paciente relata queda de moto
apresentando dor e edema em
pélio (E)

Rx: Fx fêmur distal (E)

Obs: paciente relata paralisia
de MS (E). AO Rx não se
evidencia Fx / Lx

Ao exame físico: consolidação visível
de fêmur e pélio (E) com corpo
acendrado e lesão cortada com tise
em tempo médio de 1 hora (E).

Sob orientação do Dr. Elden

ATB parenteral e qñs ao
C.C. pl fixação externa transossea
+ amarração por neurocirurgia

Obs:

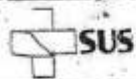
Durante a punção labor foi
saída de sangue, sendo necessário Analise
da Neurocirurgia

Obj: Deformar pl área Vermelha

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

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1758 TEOT 14272

altg: 03/03/2020



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masculino ☒Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Rx fêmur distal
+ lesão partes moles em fêmur

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto crônico + ATB

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

Anamnese + Rx + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Rx fêmur distal

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050624
5724
V299

0408050593-5823



FICHA DE ACOLHIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO

Data da Internação: 16/02/20		Data do Acolhimento: 17/02/20	
Sector: Bloco "A"	Leito: 409-4	Procedência: G.T.	
Nome: Rosângela Gomes Lima		Idade: 32 anos	
Nacionalidade: Brasileira		Sexo: () F (x) M	
Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado (x) União Estável () Outro:		Nº de Filhos: 06	
Empregado: () Sim () Não		Profissão: Autônoma	
Religião: () Católico () Evangélico () Testemunha de Jeová () Budista () Nenhuma () Outra:			
Onde reside: Boa Vista		Com quem reside: () Pais (x) Cônjuge () Só () Filhos () Outros:	
Informante: (x) Próprio paciente () Acompanhante () Outro:			
Pessoa(s) de Referência 1 - Rosângela		Vínculo: Mãe	Tel.:
Pessoa(s) de Referência 1 -		Vínculo:	Tel.:

2 - INTERNAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Motivo da Internação: Fúria da doença	
História da Doença:	
Tem conhecimento de seu diagnóstico: (x) Sim () Não	Compreende a necessidade do tratamento: (x) Sim () Não

3 - LIMITAÇÕES

(x) Sim () Não - Se SIM, assinalar limitação: () Auditiva () Visual (x) Motora () Fala () Outra:

4 - ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Acompanhante presente: (x) Sim () Não - Se SIM, quem: () Pais () Cônjuge () Filho(a) () Outros: Mãe

5 - ASPECTOS EMOCIONAIS E COGNITIVOS

Alteração no nível de consciência	SIM ()	NÃO (x)	Choro frequente	SIM ()	NÃO (x)
Queixa-se de tristeza e solidão	SIM ()	NÃO (x)	Transtorno emocional evidente	SIM ()	NÃO (x)
Expressão de afeto condizente	SIM (x)	NÃO ()	Consciência de morbidade	SIM (x)	NÃO ()
Linguagem fluente	SIM (x)	NÃO ()	Linguagem coerente/organizada	SIM (x)	NÃO ()
Atenção preservada	SIM (x)	NÃO ()	Memória preservada	SIM (x)	NÃO ()
Pensamento organizado	SIM (x)	NÃO ()	Orientação auto/alopática preservada	SIM (x)	NÃO ()
Adequação do sono	SIM (x)	NÃO ()	Adequação da alimentação	SIM (x)	NÃO ()

OBS.:

Abuso de substância: () Não tem histórico (x) Álcool (x) Tabaco () Drogas

6 - REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO

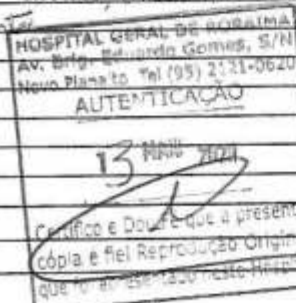
Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento: () SIM (x) NÃO Adaptação à internação: (x) SIM NÃO ()

7 - PROCEDIMENTO ADOTADO

Acompanhamento: (x) Paciente () Familiar () Alta psicológica
Encaminhamento: () CAPS II ou III () CAPS AD () UBS () Outro:

8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Paciente, vítima de acidente de trânsito, aguardando procedimento cirúrgico. Relata presença constante de náuseas, vômitos e alteração de estado mental, com episódios de agressividade e comportamento inadequado. Não apresenta conhecimento de sua situação atual. Realiza acompanhamento psicológico.



RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO:

DATA: 17/02/20

Ialla Costa
Psicóloga
CRP-20/04764



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16/03/20

O.S. _____

Jefferson Souza Cruz.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Frat de fêmur distal

(F)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Fixação externa transarticular

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Jonathas

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Alton

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRG. Eduardo Gomes, 511
Novo Planalto - Tel (65) 2121-0020
AUTENTICAÇÃO

13 MAR 2020

Certifico e dou fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

1) Fe em sala sob anestesia

2) Antissepsia + Assepse

3) Fixação externa de os pino de Schanz
no fêmur

4) Observado frak incompleta de fêmur distal

5) Fixação de fe os pino prox e
os distais na tíbia

6) Redução

7) Fixação transarticular

8) Curativo

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Joelho
CRM-RR 1759 TSO 14272



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Barba Cruz, M. B. A.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

08:50

Nº

16 02 2020

AGENTES		N 20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
LÍQUIDOS VENOSOS	DA	°C	240																		
	X	38	220																		
	ULSO	36	200																		
ANES	X	34	180																		
	X	32	160																		
	OP	30	140																		
TEMP	O		120																		
			100																		
	ASPIR.		80																		
RESP	A		60																		
	O		40																		
			20																		
Expon.																					
Assist.																					
Contro.																					

ECG, PO2, QAD1 + FC.

SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Ag. A. via SA	50	Intubação orotraqueal	1. Intubação SA / L8 - L9 / assintótica
Ag. B. via SA	50	Intubação orotraqueal	2. Intubação 26 / L8: assintótica
C		Intubação orotraqueal	3. Intubação 26 / L8: assintótica
D		Intubação orotraqueal	4. Intubação 26 / L8: assintótica
E		Intubação orotraqueal	5. Intubação 26 / L8: assintótica
F		Intubação orotraqueal	6. Intubação 26 / L8: assintótica
G		Intubação orotraqueal	7. Intubação 26 / L8: assintótica
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cênula - Naso / Orofaríngea	8. Intubação 26 / L8: assintótica
NOOD		Naso / Orotraqueal - Cega	9. Intubação 26 / L8: assintótica
SANGUE	50 1500 ml	Bol - Tamp - Cateter do Tubo	10. Intubação 26 / L8: assintótica
		Bol - Músculo	11. Intubação 26 / L8: assintótica
		Dificuldade Técnica	12. Intubação 26 / L8: assintótica
TOTAL	1500 ml	TEMPO DE ANESTESIA	13. Intubação 26 / L8: assintótica
OPERAÇÃO: Tratamento cirúrgico de varicela exposta de fêmur e tibia			14. Intubação 26 / L8: assintótica
ANESTESIA: Dr. A. L. F. F.			15. Intubação 26 / L8: assintótica
CÓDIGO: Dr. J. J. J.			16. Intubação 26 / L8: assintótica
CIRURGIÃO: Dr. J. J. J.			17. Intubação 26 / L8: assintótica
PERDA SANGÜÍNEA: compatível			18. Intubação 26 / L8: assintótica

Dr. Daniel

Dr. Thiago A. C. F. F.
MÉDICO
CRM-RR 1025

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - Tel (95) 2131-0620
AUTENTICAÇÃO
12 MAR 2020
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

5 - Dexameclazina 10 mg IV
X - SPPA



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

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Jefferson Souza Cruz						16/02/2022	
CIRURGIA							
TIPO				TEMPO DE DURAÇÃO			
Intervenção de natureza de fixar				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
				09:15	10:09		
(F) + fixador externo.				EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO				ANESTESISTA:		Dr. Gylton	
Dr. Jonathan				RES. ANESTESIA:		Dr. Carlos	
1º AUXILIAR				INSTRUMENTADOR			
Yago Paulo - Interno							
2º AUXILIAR				CIRCULANTE		Clayton e Bahia	
TIPO DE ANESTESIA: Rorque				TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR		
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml		
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº			
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
1	LÂMINA BISTURI Nº 15, 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº			
1	SERINGA 01ML			SURGICEL			
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO			
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº agulha p/ Rorque			
1	SERINGA 10ML		± 100 ml	GEOFOAM Algodão, cloroxido, etc.			
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA			
1	Elétricos		1	OUTROS: Cateter de O2			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR	
		Alexandra					
		Aline		SUB- TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
				ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente:		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala:	Circulante de Sala:	

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:	Marca:
-------------------------------	--	-------------------	--------

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400 Ref.: 4747/04 Lote: 19L002174 Registro ANVISA: 10223710095	
	ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Tel.: 55(11)39484000 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400 Ref.: 4747/04 Lote: 19L000754 Registro ANVISA: 10223710095	

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

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

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.ma.hor@gmail.com



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

Enfermeiro (a): Almendra Cavalcanti Hora: 16:02 Data: 02/02/2020

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECKAGEM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
☒ Risco de Queda Prevenir queda	☒ Manter grades elevada na RPA	<u>16:02 - observação</u>
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	☒ Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutar na RPA	
☐ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	☐ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☐ Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	
☐ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	☐ Monitorar temperatura e comunicar alterações ☐ Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
☐ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	☐ Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) ☐ Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	<u>16:02 - observação</u>
☐ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	☐ Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações ☐ Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	
☐ Mobilidade Física prejudicada	☐ Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	<u>16:02 - observação</u>
☐ Dor aguda Controle da dor e promover conforto	☐ Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) ☐ Administrar medicação conforme prescrição médica	
☐ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	☐ Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar ☐ Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
☐ Náuseas Controle / Ausência de náusea	☐ Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas ☐ Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	
☐ Ansiedade Controle de ansiedade	☐ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	<u>16:02 - observação</u>
☐ Confusão Aguda / Crônica	☒ Fornecer informação sobre o procedimento / família sobre os cuidados no pós operatório	
☐ Comunicação Verbal prejudicada	☐ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	<u>16:02 - observação</u>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente admitido em SO, vítima de acidente de trânsito. Realizado procedimento com equipe cirúrgica sob RCPQ anestesia –
Informar os resultados a todos, nega dor, não há. Trocar o 1º de 65 para
posterior avaliação do Nemo.

Responsável: Almendra Cavalcanti

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome M. Jovaneir Lopes - Welson S. Cruz
Responsável Cirurgião

Anestesia D. Oliveira R. Soares

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não () Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Data 11/11/2014 Assinatura [Assinatura] Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

☒ Sim, Qual: ceftriaxona 2g Hora: 08:30h

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☒ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALIDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplicam

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

☒ Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
[Assinatura]
[Carimbo]

109-02

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Joelson S. Cruz</i>					
AGNOSTIC					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	16-02-2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				(SUSPENS)
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG =				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Tramadol 100mg 8/8h</i>				
16	<i>se não tiver dor 8/8h</i>				
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. *João Paulo Lopes*
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 138.147-2

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

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

- NEUROLOGIA GDO FICOU BOM
- PARADO NA PRONAL 15, P.T.R.
- COM DEFICIT COLE
- CRÂNIO: NORMAL
- COL. COM CONDUTA NER
- ALTA NEUROLOGIA GDO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	NT	80	20	36,5
18 H	120x80	85		36,5
24 H	130x80	82		

06 H 120x70 79

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. *Fabrizio P. de*
Neurologia
CRM-RR 1407
CNS 2154832500

BLA 109.1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Jefferson Luiz de Souza				
AGNOSTIC	R. P. para dor do joelho e do tornozelo direito				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA		16/02/20	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06 12 18 24
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SV 08/10
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SV
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				06 14 22
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SV
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				04 10 16 22
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				04 16
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SV
14	CURATIVO DIÁRIO				Revisar
15	Alexane 400mg SC 1x1x				06
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

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

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Plantão Noturno

Adm. medicações CRM, exceto item
①, farmácia não disponibilizou.
Aferido SSUV. Segue as evidências
da enfermagem. ~~Seu~~

13 — 19hs
Paciente no leito
medicado Aferido
SUVSS

Eldocio Almeida de Souza Raposo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 361219-4

VP5: Às 06h do dia 19/02/20, o paciente no leito medicado
com 1 dm intercorrência e segue sob cuidados da enfer-
magem. doxone //

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

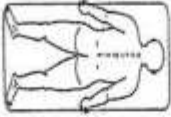
Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: Edmar Souza LurgLeito: 009.1Data: 18/02/2020

Localização	 		Região: <u>4^a Sc.</u>	 	Região: <u>4^a Sc.</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>		Grau: I () II (x)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	
Aparência do Leito	(x) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u> (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros <u> </u> (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>		
Pele Perilesional	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>		() Purulento () Seroso (x) Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: <u> </u>		
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido <u> </u> () Seco (x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>		(x) Molhado () Úmido () Seco (x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>		
Quantidade de Exsudato	() 12/12 (x) Diário () 48/48h		() 12/12 (x) Diário () 48/48h		
Solução de Limpeza	Vanessa da Silva Morais Técnica em Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		Vanessa da Silva Morais Técnica em Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		
Cobertura primária	() 12/12 (x) Diário () 48/48h		() 12/12 (x) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica em Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		Vanessa da Silva Morais Técnica em Enfermagem COREN-RR 965 152 TE		
Observações:	() 12/12 (x) Diário () 48/48h				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Geisena Saug. Burg.</u>			
HGR	Leito: <u>109.1</u>	Data: <u>18/02/2020</u>		

Localização			Região: <u>MSE</u> Grau: I () II (x)
Etiologia	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tracção</u> <u>X</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:		
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (x) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (x) Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:		
Tipo de Exsudato	(x) Molhado () Úmido () Seco		
Quantidade de Exsudato	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) Clorexidina 2% () Álcool 70%		
Solução de Limpeza	(x) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica de Enfermagem COREN-RR 965 152 1F		
Observações:	Coren-RR 480.516 ENF Tereza Garçon de Azevedo Técnica de Enfermagem COREN-RR 934.022 Ana Carolina da Silva Garcia Técnica de Enfermagem COREN-RR 934.022		



HCR
Hospital Care
by Home Care

109.1

~~Lit Q6~~

NIF
~~(Q) (Q)~~

Q = S.A.
Tem dis
L.S. B

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120/70	80		36	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
18 H	150/90	98		35.5C	
24 H	144/97	79		36.5C	

184. Afido SSVV,
medidos e.g. n
no foi admint
do a iten JJ, ne
fornecer no te
comprimido: ~~1~~

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

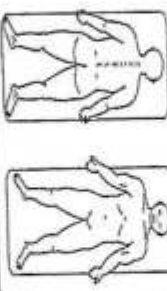
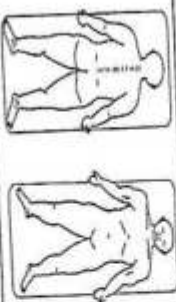
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Jeferson Souza Cruz

Leito:

Data: 19/02/2020

Localização		Região: <i>ME</i>		Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração <i>X</i> Fixador Externo <i>X</i> Ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II (<i>X</i>)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () Ortopedia () Outro: _____	Grau: I () II ()
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda <i>X</i> Outros <i>debridamento</i> () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso <i>X</i> Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado <i>X</i> Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze <i>X</i> Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 <i>X</i> Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Mônica Reis Fortes</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 000829.004	<i>Francieleidey Alencar</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 533058 TEC	<i>Francieleidey Alencar</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 533058 TEC	<i>Francieleidey Alencar</i> Técnica em Enfermagem COREN-RR 533058 TEC
Observações:	<i>Realizado curativo do membro superior direito (mão) - debridamento - ADE.</i>			

109-L



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	109-1	DATA	20/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SNV
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				18h 22h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12h 18h 24h 06h
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06h
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h
11	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				12h 18h 24h 06h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				18h 24h
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				curativo
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA DIA: 17/2/20.

23h: Trocado AUP.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x70	98	35,4°	
18 H	120x81	83	35,5°	
24 H	120x80	84	36°C	

12:00 Período SSVV, administrado as med. CPM. Adm item 10 PA: 160x70 MMHG. *celso*
Tarde → SSVV
Adm → R.P.M
cuidados gerais feito sem queixas
Leozilande Melo de Souza
CRM-RR 292.369 - TE

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1
Paciente: Jaqueline S. Cruz
Leito: 109.1

Versão: 08
Elaborada: 02/2013
Atualizada: 2/2020
Data: 20/02/2020

Localização		Região: <u>M.I.E</u> Grau: I () II (x) III () IV ()		Região: _____ Grau: I () II () III () IV ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____			
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____ ☐ Normal ☒ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____			
Pele Perilesional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____			
Tipo de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____			
Troca	☐ 12/2 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Rosângela Miguel Dantas Juciane Gomes de Deus Rosinete P. Nunes Juciane Gomes de Deus Rosinete P. Nunes			
Observações:	_____ _____ _____ _____ _____			

109-1



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO	109-1	DATA	21/02/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAO
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				11
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12 22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 21 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12 18 21 06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SA
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12 18 21 06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 21 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 18 21 06
13	CURATIVO				12 18 21 06
14	SSVV + CCGG 6/6H				12 18 21 06
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

06	120x80	88	20	36,3	
SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	TL	
12 H	130/90	95		36,3	
18 H	124/82	90		36,6	
24 H	130/90	98	19	36,5	

12/11 pontos no membro superior esquerdo com 55/100

11/11 não se percebe o pulso femoral 130/90

18/11 pontos no membro superior esquerdo com 55/100 130/90



PEDIDO DE PARECER



Unidade: _____
Nome: Jefferson Souza Cruz
Idade: 31 REGISTRO: _____
Bloco: A Enfermaria: _____ Leito: 109-1
UTI: _____ EMERGENCIA: _____

De: Ortopedia

Para: Neurocirurgia

paciente vítima de politrauma com
fratura exposta de fêmur e perna
esquerda apresentando sinais
em M.S.E. Solicito Avaliação
e Conduta. Grato!

21.02.20
Data

[Signature]
Médico(a)

21.02.2020

Paciente politraumado com lesão de nível supratentorial
apresentando hemorragia intracranial de volume superior
a 10mls (de acordo com tomografia computadorizada)

- ed 1. Sem conduta cirúrgica
- 2. Desabilitado o paciente e após 24h sem melhora
clínica e de nível de consciência foi encaminhado ao Hospital
Genérico após 48h de internação

21.02.2020
Data

[Signature]
médico

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

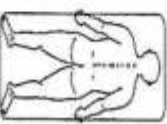
Paciente: Teleson Souza

Elaborada: 02/2013
Atualizada: 2/2020

Paciente: Teleson Souza

Leito: 108,1

Data: 21/02/2020

Localização	 	Região: <u>coxa esq</u> Grau: I () II (x)	 	Região: <u>perna esquerda</u> Grau: I () II (x)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tracção</u> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:			
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros			
Pele Perilesional	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%			
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u>compressa + ropaplast</u>			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h <u>manhã</u>			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Adonildes Vieira Araújo</u> Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		<u>Adonildes Vieira Araújo</u> Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	
Observações:	<u>Planta</u>			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Selerson

Seabra

Cruz

Leito:

105

Data:

21/02/2020

Localização	 	Região: <i>pe - esquerda</i> Grau: I () II (X)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda (X) Outros <i>debridamento</i>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	() Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado <i>úmido pouco</i> () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>ataque + espessamento</i>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 () Diário <i>manha</i> () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>Neves</i>	Adonilza Vieira Araújo Técnica de Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		
Observações:				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

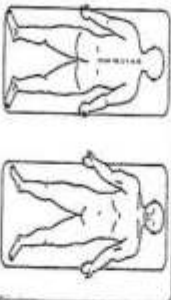
Leito:

Teferina Souza

109 1

Data:

23/02/2020

Localização		Região: <i>perna esquerda</i> Grau: I () II (<i>X</i>)		Região: <i>Mão esquerda</i> Grau: I () II (<i>X</i>)
Etiologia	() LPII III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (<i>X</i>) Trauma: <i>Tracção</i> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:		() LPII III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <i>Tracção</i> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (<i>X</i>) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (<i>X</i>) Serosanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento (<i>X</i>) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (<i>X</i>) Úmido () Seco		() Molhado (<i>X</i>) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(<i>X</i>) Soro Fisiológico 0,9% (<i>X</i>) Clorexidina 2% () Álcool 70%		(<i>X</i>) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(<i>X</i>) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>colagenase + aladina + epinefrina</i>		(<i>X</i>) Gaze (<i>X</i>) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <i>aladina + epinefrina</i>	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário (<i>X</i>) 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<i>Benck</i> Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE		<i>Benck</i> Adonilde Vieira Araújo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507 795/TE	
Observações:				



GOVERNO DO ESTADO
DE RORAIMA

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
LEITO	109-1	DATA	22/02/2020		
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SE
2	AVP				manh.
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12-18 24-06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12-18 24-06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12-18 24-06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12-18 24-06
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				12-18 24-06
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				12-18 24-06
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12-18 24-06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12-18 24-06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12-18 24-06
13	CURATIVO				12-18 24-06
14	SSVV + CCGG 6/6H				12-18 24-06
15					12-18 24-06
16					12-18 24-06
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

06h	120/70	108	35.8°C
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	153x90	87	36°C
18 H	119x87	96	36°C
24 H	120/84	101	35.5

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

Plantação glúteo: Pote sendo medicado com. Aferido SSVV.
OBS: NÃO foi administrado medicação do item 14 do
horário das 12h; pois não havia sido liberado pela farmácia.



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente: *DEFEÇON DE SOUZA*

Leito: *108-3*

Data: *22/02/20*

Localização	 	Região: <i>M/E</i> Grau: I (☒) II (☒) III (☐) IV (☐) V (☐)	 	Região: _____ Grau: I (☐) II (☐) III (☐) IV (☐) V (☐)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____		
Aparência do Leito	(☒) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (☒) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco		
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase (☒) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	<i>Maria de Fátima N. Viana</i> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 448.709	<i>Bryan S. Pereira</i> Téc. de Enfermagem COREN-RR 816.321		
Observações:				



GOV. NEDER DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
ITEM	LEITO	109-1	DATA	23/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SNO
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				manter
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SU
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SU
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SU
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				18 24 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				10 22
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				10 22
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	140/92	110	—	36°C	
18 H	123/86	92	—	36°C	
24 H	120/80	94	—	36°C	

06h
PA: 119/80
FC: 91
T: 36°C
Paciente no leito
medicado conforme
prescrição médica
SSVV realizado
AVP em MSD

Dr. Anderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HER
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/02/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO		FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		109-1		DATA	
ITEM						24/02/2020	
1		DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2		AVP					5:00
3		CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					12:00
4							18:00
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					12:00
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					06:00
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					
12		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
13		CURATIVO					
14		SSVV + CCGG 6/6H					
15							
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO-CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOREDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	112x82	72		36	
18 H	120x80	70		36	
24 H	123/83	89		37°C	

Planta metatarsiana esquerda.
Post. algodão 100g. vazado
SSVV 2" medição de dor.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leito:

Sederson Souza

Data: 24/02/2020

Localização		Região: <u>NIE</u>		Região: <u>NIE</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (✓)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (✓)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização (✓) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	(✓) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (✓) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	(✓) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (✓) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros	(✓) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (✓) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (✓) Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (✓) Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (✓) Serosossanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (✓) Serosossanguíneo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	() Molhado (✓) Úmido () Seco	() Molhado (✓) Úmido () Seco	() Molhado (✓) Úmido () Seco	() Molhado (✓) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Cobertura primária	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Solange M. de Silva</u> Téc. Enfermagem CRP 89533/RS	<u>Laísza Alves Mota</u> Técnica de Enfermagem CRP 89533/RS	<u>Solange M. de Silva</u> Téc. Enfermagem CRP 89533/RS	<u>Laísza Alves Mota</u> Técnica de Enfermagem CRP 89533/RS
Observações:				

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

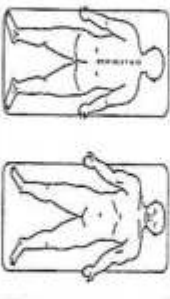
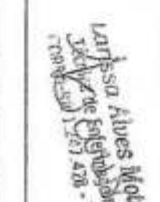
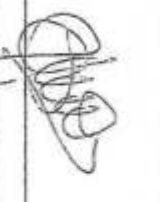
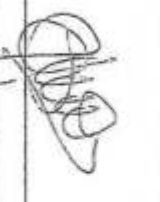
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Salomon Souza

Leito: 109-1

Data: 24 / 02 / 2020

Localização		Região: <u>Pé e</u> Grau: I () II (✓)		Região: <u>perna (lateral e)</u> Grau: I () II (✓)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (✓) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (✓) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (✓) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (✓) Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo () ortopedia () Outro: <u> </u>
Aparência do Leito	(✓) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (✓) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (✓) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (✓) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros <u> </u>
Pele Perilesional	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>	(✓) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: <u> </u>
Tipo de Exsudato	() Purulento (✓) Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro: <u> </u>	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossangüíneo () Seco () Outro: <u> </u>
Quantidade de Exsudato	() Molhado (✓) Úmido () Seco	() Molhado (✓) Úmido () Seco	() Molhado (✓) Úmido () Seco	() Molhado (✓) Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	(✓) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	(✓) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	(✓) Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>
Cobertura primária	() Gaze (✓) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u> </u>
Troca	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h	() 12/12 (✓) Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Silvana R. M. Almeida Enfermeira CRP 123456789	 Larissa Alves Melo Enfermeira CRP 987654321	 Larissa Alves Melo Enfermeira CRP 987654321	 Larissa Alves Melo Enfermeira CRP 987654321
Observações:	 Larissa Alves Melo Enfermeira CRP 987654321			



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO	109-1	DATA	25/02/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	80	36	
18 H				
24 H	130x80	109		

109-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/02/2020		DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ							
DIAGNÓSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		109-1		DATA	
ITEM						26/02/2020	
1		DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO
2		AVP					
3		CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					
4							
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H					
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8		TRAMAL: 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					
12		CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H					
13		CURATIVO					
14		SSVV + CCGG 6/6H					
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	66	19	
18 H	125x81	114	36	
24 H	135x85	105	36	

UBS: A L2 a farmácia não disponibiliza o item 11

066 94 128x83
 2 107
 7 262

Assinatura
 JOSEANE DE SOUZA ARAUJO
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000 461 072

Tatamento de Feridas —

HGR

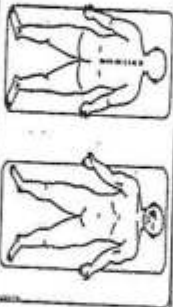
Paciente:

Paciente:	W. Jensen
Leito:	10 d-I
	Barça Cruz
	Da

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020

Data: 26 172 K020

Localização			Região: <u>M.T.E</u>		Região: <u>M.T.E (perna)</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: <u>02</u> Tração <u>02</u> Fixador Externo (X) Ortopedia () Outro:		Grau: I (X) II () 03	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (X) Trauma: <u>02</u> Tração <u>02</u> Fixador Externo () Ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X) 03
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:			() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros (X) Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:			() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco			() Molhado (X) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%			(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:			() Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h			() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Rosineide P. Nunes Téc. em Enfermagem COREN-RP 178.871			Elisete Soares Enfermeira COREN-RP 000.63.579	
Observações:	Juc			Juc	

109-L



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO	109-1	DATA	27/02/2020	
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NÍRVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS					DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130x88	80	18	36.32	
18 H	120x70	95		36.52	
24 H	130x80	92	19	36.52	

As 12:00h Paciente no Leito, Afébril
SSVV, segue sem queixas nas -
unidades da equipe de enfermagem.
no administração e It -
11, pois não tem ra -

Rosilene Garcia P. Mendo
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 562030/RS

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Profil Blo nº 1

Versão: v. 1

Elaborada: 02/2013

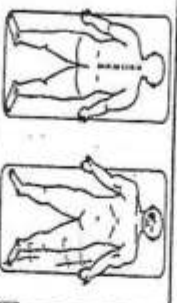
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leito: 109.1

Data: 21/02/2020

Helena Soares Lima



Região: MTC

Grau: I () II (X)

Etiologia

() LPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
(X) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Perilesional

(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro:

Tipo de Exsudato

() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco
() Outro:

Quantidade de Exsudato

() Molhado (X) Úmido () Seco

Solução de Limpeza

(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%

Cobertura primária

(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro:

Troca

() 12/12 (X) Diário () 48/48h

Profissional que realizou procedimento:

Vanessa da Silva Moraes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 965 152 TE

Vanessa da Silva Moraes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 965 152 TE

Observações:

Vanessa da Silva Moraes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 965 152 TE

Vanessa da Silva Moraes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 965 152 TE

FONE: 62-5 897 34-4000

END: Rua 13 de Maio, 1000

CEP: 69000-000

Porto Velho - Roraima

Brasil

109-L



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Secretaria de Saúde de Roraima

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNOSTICO FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
LEITO	109-1	DATA	28/02/2020		
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manha
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA SUSPENSO				SUSPEN
4					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

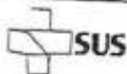
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	101	20	
18 H	140x90	101		
24 H	127x84	103	-	

180 Ret medicado C.P.M
e unificado SSVV.
T.C. Jorgens

06h: Realizados os testes
C.P.M. PA 144x97 FC:100,
T: 35,6°C. mal

Marina S. Fialhi
Aut. E.O. 10400
COREN: 043001648



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA CONTUSO NO JOELHO (E) DEVIDO A QUAQUILHA COM MIOFASCIOTOMIA (SIC).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

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

HISTÓRIA CLÍNICA, EXAMES FÍSICO, RX.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA SUPRAINTERCOSTAL DA 1ª FÊMUR (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

OSTEOMIOTOMIA F RMS

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Elton Soares / Dr. Marcos 29/02/2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

29/7/20

0408050586 → 5729
0408060360 → 7842
1837

79.2

1.620 → 0408040711



BOLETIM OPERÁRIO

Jefferson Souza Cruz

Data: 23, 02, 2020. O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA SUPRAINFRAESPILIANA DE HUMERO (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RM S + OSTEOSÍNTESE

TIPO DE INTERVENÇÃO: CIRURGIA

INDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares

1º AUXILIAR: Dr. MARCELO BRUNNER

2º AUXILIAR: Dr. Elder Soares

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala de cirurgia anestésico
- ② POSICIONAMENTO, POSICIONAMENTO E COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRÚRGICO
- ③ Incisão longitudinal, Foco lateral de LOM e + divisão de planos anatômicos.
- ④ Lavagem + limpeza da fratura sob visualização direta com plano condilar 4.5mm, 6 orifícios com auxílio do intensificador de imagens. Obs: Fratura grave, cominutiva, com perda óssea.
- ⑤ Avaliação da hemostasia, LMC extensiva com 376 pontos, colocados no enxerto ósseo.
- ⑥ Sutura de planos anatômicos
- ⑦ Curativo.

Tej Bhai Sai Baba's Union, Dh.

32 a

ASA P/S: PL

[illegible]

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Fenitoina 15mg		3.0mg/kg	x monitorização não - invasiva: CO_2, ECG, PnO₂, Fe + O₂ SpO₂ 1. Sufocação, anti-epilepsia, barbitúricos, elevados alérgicos, elevados de corpo, pouco barbitúricos, urina, elevados 24h elevados, infusão N2O 0.5: 20mg + clonidina 100mg. 2. DPH, nível profundo e maior sedativo, muito 5mg Fe + cetomina 10mg em
B	Midazolam 5mg		0.05mg/kg	
C	Propofol 100mg		1.0mg/kg	
D	Nitrogênio O ₂ 20mg		10mg + N2O com + Clon	
E	Etomidato 10mg		10mg + sedativo	
F	Cetomax 100mg		10mg + sedativo	
G	Desmetoprolol 5mg		10mg + sedativo	
GLUCOSE			LÍQUIDOS	Cânula - Nasal / Oro Faríngea Nasal / Orofaríngeal - Cópia 14mm Bat - Temp - Calibre do Tubo Sob Mascara Dificuldade Técnica
NDOD				
SANGUE				
TOTAL				
OPERAÇÃO				
Tratamento cirúrgico de fratura de pérmio @				Laringu - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Ducking" - Vômito
ANESTESIA				Hemorragia - Anúria Bradi Taquicardia - Choque
Dr. Fabio França		CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
Dr. el del.				Canal 121.

Mr. Gailie CRM: 1614 RR

3. Cefprozil 500 mg +
Dexamethasone 8 mg IV
x - 5R7A.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		34a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jefferson Souza Cruz			109-01	87041	29 / 02 / 2020
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + Osteossíntese de fêmur (E) + Enxerto			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Ossão			14:10	16:37	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:			
Elder		Fábio			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:			
Wagner Brunner		R: Daniel			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		Yankee			
		CIRCULANTE			
		Olívia, Cécilia / Claudenir			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
20	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		20	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
20	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 0	
10	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5 luvas Vinil (P)			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
20	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/N)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº Agulha / Raqui Nº 24	
1	SERINGA 01ML		10	SURGICEL (para desc.)	
1	SERINGA 03ML luvas Vinil Agulha 40x42		1	CERA P/ OSO Aladura (30/20cm)	
1	SERINGA 05 ML		10g	KIT CATARATA Nº (pl. condutor)	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Escova p/ assepsia	
1	SERINGA 20ML		100ml	FITA CARDIACA PUP 40x100	
1	Eletródos		80ml	OUTROS: Clorhexidina 4%	
1 Cateter de O ₂			+ 150ml álcool 70%		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
Yankee		Alessandra +	SUB- TOTAL		
		Aline	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

Date: 29/02/2020

Date: 29/02/2020

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Flavio Sampaio Cruz
Responsável Cirurgião Dr. Flávio Sampaio Cruz

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade

☒ Sítio Cirúrgico

☒ Procedimento

Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () Não () Não se Aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não

☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura

Hora: 13.00

Data: 24.02.2020

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Flávio Sampaio Cruz

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

() Identificação do paciente

() Sítio cirúrgico

() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica

() Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim () Não

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

☒ Sim () Não () Não se Aplica

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

() Sim () Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ Sim () Não

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

() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo
Flávio Sampaio Cruz
24.02.2020

109-01



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




PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	Jefferson Louza Cruz		
AGNÓSTICO	FRATURA INTRAARTICULAR DE ULNA HUMER (E)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	23/02/2020

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE APO RPA	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	manhã
3	SF 0,9% 500ML EV SN 8/8H	20:00 08:14
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 1g IV 6/6H	20:00 12:18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	05:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN 22
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	SUSPENSO
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	20:00 08:14
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	SUSPENSO
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
13	SSVV + CCGG 6/6 H	Retirado
14	CURATIVO DIÁRIO	Realizar Curativo
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

Dr. Elder Soares
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 1828/RR

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

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

06/02/2020 109x73 / 103 / 362

SINAIS VITAIS				T
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	140x90	59		362
24 H	130x80	62		

MEDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

12:00 hora DU 110 C-e-M 17:30
 18:00 pot no leito autossu docc o
 17:30, aferido o SSU e segue as
 orientações da P.O. Curativo

Antonio Francisco
 CRM 1828/RR

GOV. AUGUSTO DE CAVALENTE
Hospital Geral de Roraima

109-1

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/02/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO		FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		109-1		DATA	
ITEM						29/02/2020	
1	DIETA ORAL ZERO, CIRURGIA HOJE						HORÁRIO
2	AVP						
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA SUSPENSO						SUSPEN
4							
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H						
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H						
13	CURATIVO						
14	SSVV + CCGG 6/6H						
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

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, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA PROGRAMADA PARA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				T	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120 x 80	100		34.5°C	
18 H					
24 H					

109-1

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Jefferson Souza Ruiz</i>					
AGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	109-1	DATA	01/03/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV <i>SND</i>				<i>14-22-00</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>1g</i>				<i>12-18-24-00</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>03-00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SND</i>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				<i>SND</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>03-00</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SND</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>12-18-24-00</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>12-18-24-00</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SND</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>MANUTER</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>MANUTER</i>
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Iderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-1733

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, EÚPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	118/80	109	—
18 H			
24 H	121/74	114	36.52

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06h 125x75 116 36.00

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

109-1

DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/02/2020	DN	
PACIENTE	JEFFERSON SOUZA CRUZ				
DIAGNÓSTICO	FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	LEITO 109-1 DATA 02/03/2020				
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL livre				
2	AVP				
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				
13	CURATIVO				
14	SSVV + CCGG 6/6H				
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA DE OSTEOSSÍNTESE DE FEMUR DISTAL REALIZADA DIA 29/2/20.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/79	117	35/62	
18 H	120x90	94	36/20	
24 H	130x80	96	36/3	

12h. Administrado medicações c.p.m. aferido SSVV, segue aos cuidados

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

Plantão Noturno, administrado medicação prescrita, segue aos cuidados

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
02/03/2020



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		16/02/2020		DN	
PACIENTE		JEFFERSON SOUZA CRUZ					
DIAGNÓSTICO		FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		109-1		DATA	
ITEM						03/03/2020	
1	DIETA ORAL livre						HORÁRIO
2	AVP						SND
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA						manhã
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H						16
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H						12 24
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						12 18 24 06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						06
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN						S/N
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						S/N
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						S/N
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H						12 18 24 06
13	CURATIVO						10 22
14	SSVV + CCGG 6/6H						curativo
15							Retina
16							
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NERVO RADIAL ESQUERDO, CIRURGIA DE OSTEOSINTESE DE FEMUR DISTAL REALIZADA DIA 29/2/20.

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



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Silvan Souza Cruz 31 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16 02, 20 COM
DIAGNÓSTICO DE fx humeral distal (E) + fratura humeral (E)
NO DIA 29 02 20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossintese SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Marcos
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03 03, 20 ÀS 9:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 04 03, 20 ÀS 14:00 COM O
DR. Elder em 04 Oncitio Surany

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

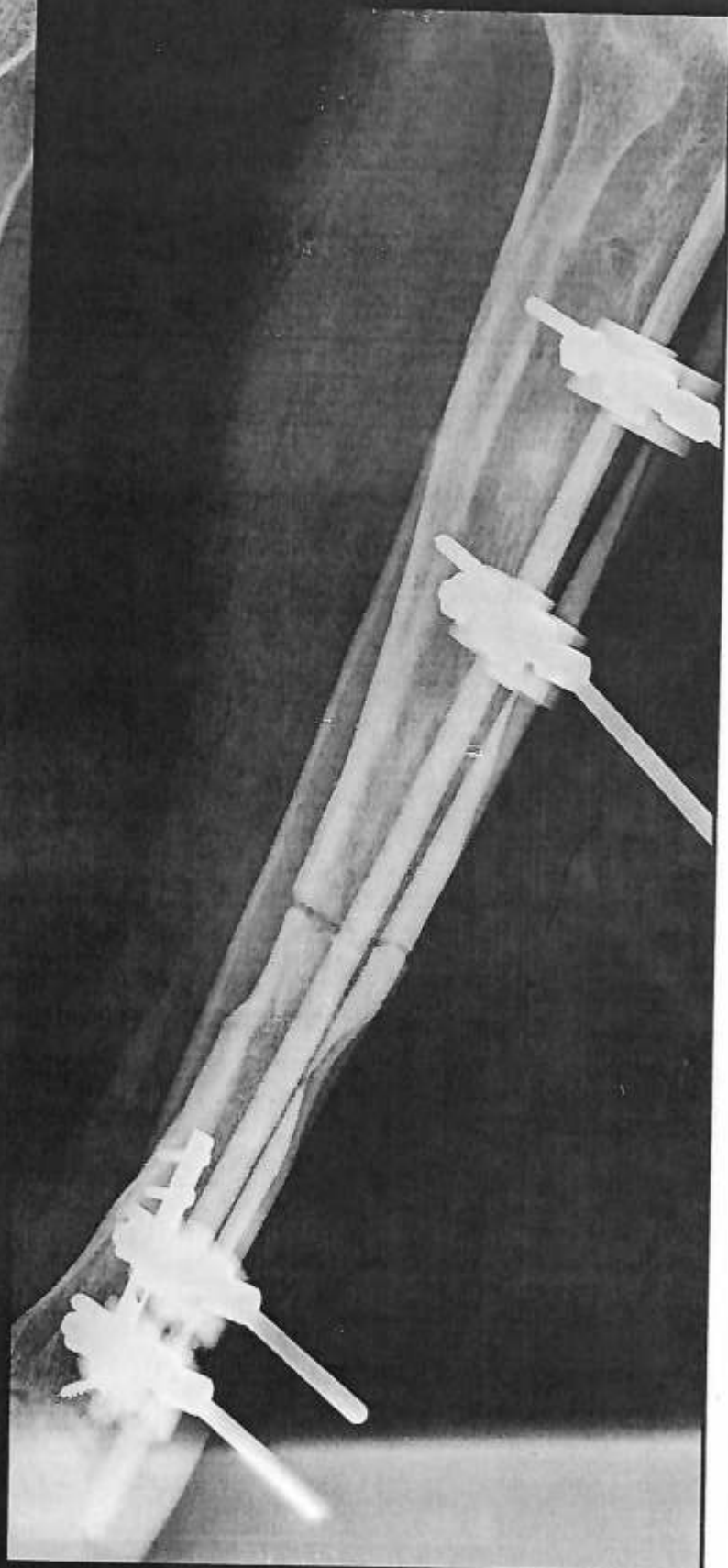
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

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

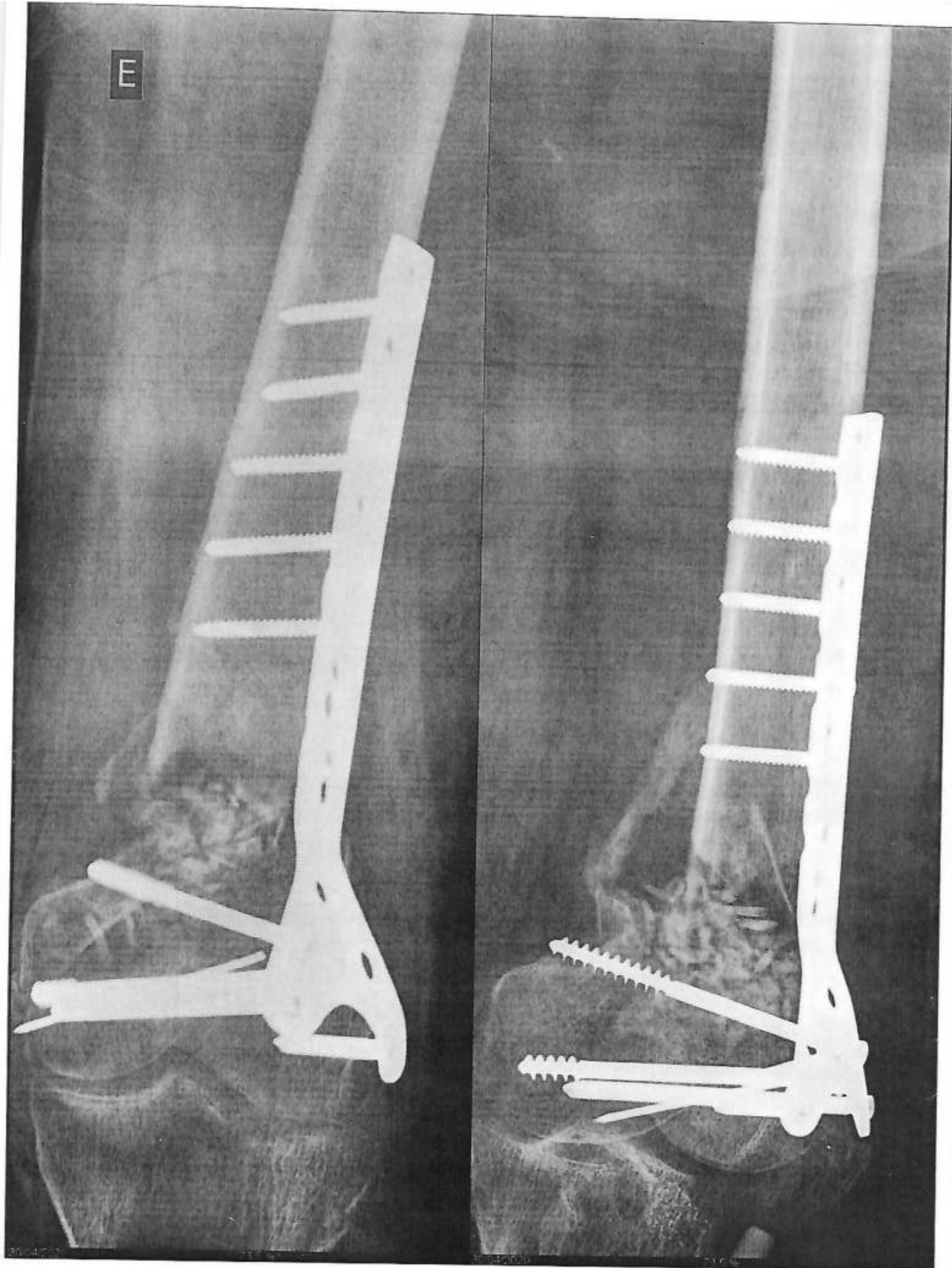
BOA VISTA, 03 03 20

MÉDICO

E



E



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 11.981,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEFFERSON SOUZA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000008498-8

Nr. da Autenticação 464759DB3D9206A6

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237941/20

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

CPF: 983.529.462-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2020

Titular do CPF: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON SOUZA CRUZ : 983.529.462-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020
Nome: JEFFERSON SOUZA CRUZ
CPF: 983.529.462-34

JEFFERSON SOUZA CRUZ

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303281 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL).
FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/39_CIRURGIA.SINISTRO JUDICIAL: 2013559118
Pasta SISJUR/GPROC 1103389
Resultado do laudo de perícia judicial: 25% lesão no crânio - facial
Valor apurado para pagamento do acordo judicial: R\$ 2.025,00.
SOLICITO PERÍCIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303281 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ **Data do acidente:** 16/02/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL).
FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5/39_CIRURGIA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303281

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do acidente: 16/02/2020

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR E + CONTUSÃO GRAVE EM OMBRO/MSE

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO DO OMBRO ESQUERDO APRESENTA FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, ABDUÇÃO AOS 0°, ADUÇÃO AOS 0°, ROTAÇÃO MEDIAL AOS 0°, ROTAÇÃO LATERAL AOS 0°, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA INEXISTENTE, SEM AMPUTAÇÃO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA SENSIBILIDADE ANORMAL, COLORAÇÃO NORMAL, TEMPERATURA NORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS INEXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME APURADO ATRAVÉS DO EXAME FÍSICO, O CONJUNTO DAS SEQUELAS REPERCUTE EM TODO O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, COM DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL. AO EXAME FÍSICO DO JOELHO ESQUERDO APRESENTA JOELHO VARO, FLEXÃO AOS 0°, EXTENSÃO AOS 0°, AUSÊNCIA DE DERRAMES ARTICULARES, PRESENÇA DE ATROFIAS NO SEGMENTO, SEM AMPUTAÇÃO, MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, AGACHAMENTO ALTERADO, COM ENCURTAMENTO. APRESENTA NA REGIÃO OBSERVADA MOBILIZAÇÃO PASSIVA ANORMAL, CICATRIZ OPERATÓRIA APARENTE, SENSIBILIDADE NORMAL, COLORAÇÃO ANORMAL, TEMPERATURA ANORMAL, SINAIS INFLAMATÓRIOS EXISTENTES, PRESENÇA DE ALTERAÇÕES DA MUSCULATURA DO SEGMENTO, PRESENÇA DE ALTERAÇÃO MOTORA DO SEGMENTO. CUMPRE FRISAR QUE, CONFORME O EXAME FÍSICO, O PERICIA DO POSSUI UM DÉFICIT FUNCIONAL DE GRAU INTENSO NO JOELHO ESQUERDO
MSE: PARALISIA DO MEMBRO, FLACIDEZ MUSCULAR, ATROFIA MIE: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR EM OMBRO/MSE: TEVE LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL SEM INDICAÇÃO CIRÚRGICA
FEMUR DISTAL ESQUERDA: OSTEOSÍNTESE COM COLOCAÇÃO DE PLACA COM PARAFUSOS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/09/2020

Conduta mantida:

Observações: NOTA MÉDICO EXAMINADOR: TEM DEFORMIDADES NO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA PERNA DECORRENTE DE ACIDENTE ANTERIOR
O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TÉRMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM JOELHO ESQUERDO E EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			88,75 %	R\$ 11.981,25