

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

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 PERICIAO 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

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 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 pericárdio 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



Dr. Regina Claudia R. M. Alves
Médica do Tráfego
CRM/PR 1032
RQE: 177



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237941/20

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do acidente: 16/02/2020

CPF: 983.529.462-34

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON SOUZA CRUZ

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 013833378319	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD RENAVAM	RNTRC	EXERCÍCIO
01	00567424162		2019
NOME			
JEFFERSON SOUZA CRUZ			
CPF/CNPJ		PLACA	
983.529.462-34		NUJ1189	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
NUJ1189 RR		9C2KC1660ER503814	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NO API IC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX		2013	2014
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR/PREDOMINANTE	
2F/0149CC/	PARTICU	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENÇ. COTA ÚNICA	VENÇ. COTAS	
PAGO	*PAGO*	1******	
FADA LPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2******	
** PAGO COTA ÚNICA **		3******	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
R\$0.32			R\$84.58
DATA DE PAGAMENTO		25/11/2019	
OBSERVAÇÕES			
SEN RESERVA DE DOMÍNIO * PROIBI SAIR DA AMAZON OCID *			
199 Gomes E		DATA	
BOA VISTA-RR		15/01/2020	
DETRAN-RR			

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

O SEGURO DPVAT (OBRIG. DANOS PESSOAIS) ABRANGE POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (OU POR SUA CARGA) A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 013833378319		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2019		15/01/2020	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	983.529.462-34	NUJ1189	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00567424162		HONDA/CG 150 TITAN EX	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2013	9	9C2KC1660ER503814	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATNTR (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$36.05	R\$4.01	R\$40.06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
R\$4.15		R\$0.32	R\$84.58
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO		25/11/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04		013833378319	
		631166110055	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL


Polegar Direito



Jefferson Souza Cruz

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

256703

13/12/2019

JEFFERSON SOUZA CRUZ

DE NASCIMENTO

MIGUEL ALVES DA CRUZ

LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA

AA-15-1400474

ITAITUBA - PA

POSS. TERCIA

CERTD NASC 60.968 RLS 154V LIV A/05

1 OF BOA VISTA-RR

983.529.462-34

2ª VIA

AMADU ROCHA TRIANI

Policial Federal - 2ª Divisão

18/02/1988

SACRIS - Identificação

PIS/PASEP:

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P7

17/08/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 07/2020 referente a UC: 389811



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	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
389811	07/2020	17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
302	06-AUG-20	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	MÊS	TOTAL A PAGAR
389811	07/2020	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

UF: RR

Lugradouro: RUA ANTARES

Nº: 0000

CEP:

Bairro: JARDIM PRIMAVERA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento: RUA ANTARES

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

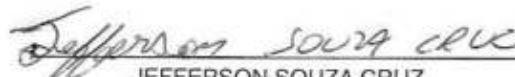
JEFFERSON SOUZA CRUZ(32), nascido(a) em 18/02/1988, sexo MASCULINO, solteiro(a), CPF Nº 983.529.462-34, País: BRASIL, natural de ITAITUBA-PA, filho(a) de LUCILENE TEIXEIRA DA SILVA SOUZA e , endereço: RUA ANTARES, cep: 69314-196, Nº: 216, bairro: JARDIM PRIMAVERA, BOA VISTA-RR, complemento: CASA, Telefone: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

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


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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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:

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 (vários)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):
35 - CPF 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)

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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:

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 (vários)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 35 - CPF 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)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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,



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16098838

Pag. 00205/00206 - carta_02 - INVALIDEZ

00020103





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16063327

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

O parent, Iphaim Souza Leal, Vítima de acidente de
 moto (16/02/2000) e/trauma devido em MTE
 com fratura e miú de pé (E) (Pelo Tratado Cirurgico
 de Mosey e/trauma extenso traumático e o per
 melhor não cirurgia com placa e parafusos (Pelo E. 123/02)
 o trauma em altura superior com lesão do plexo braquial
 devido a fratura da clavícula e do ombro e/trauma (Pelo E. 123/02)
 Círculo de lesão e/trauma (E) 35cm
 Lesão do ANS do (E) Pêlo: 20
 Grande parte do MTE
 parte total do maxilar superior e/trauma e/trauma
 11) Sequela de lesão do plexo braquial (E) C10/D: G54.0
 Sequela de fratura do (E) e/trauma + reparação, pélo
 12/02: 8214 T93

DATA:

CIPRO: 572.4 T93

Av. General Ataíde Teive nº 6459 – Bairro Nova Canaã
CEP. 69314-416 – Boa Vista – Roraima - Brasil

Carlos Briuardo de C. Guerra
Ortopedia / Medicina Acupuntura
CRM-PR 589



16/02/20 ortopedista (Vr. Elder)
paciente relata queda de moto
apresentando dor e edema em
 Joelho (E)

Rx: Fx femur distal (E)

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

Ao exame físico: consolidação visível
de ferida e PE (E) com corpo
acentrado e lesão cortada com tesa
em tempo médio de 1 hora (E).

Sob orientação do Dr. Elder

ATB local e qñs ao
C.C. p/ fixação externa transossea
+ amarração por neurocirurgia

Atop:

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

Obj: Reforçar p/ 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

Anexo 1

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 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - MASC

11 - FEM

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com Rx para distal
+ lesão partes moles em perna

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hto crônica + ATB

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

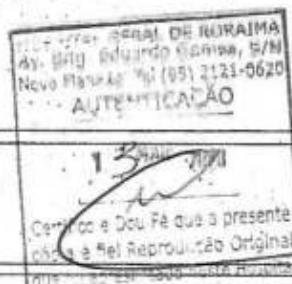
Anamnese + Rx + Ex. físico

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS



PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOR

46 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

47 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DOCUMENTO

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

53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050624
5724
V299

0408050593-5823



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
PSICOLOGIA HOSPITALAR



FICHA DE ACOLHIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO			
Data da Internação: <u>16/02/20</u>	Data do Acolhimento: <u>17/02/20</u>		
Setor: <u>Bl. 1 - A</u>	Leito: <u>209-4</u>		
Nome: <u>Anderson Soares Lima</u>	Idade: <u>32</u> anos		
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	Sexo: <u>() F (x) M</u>		
Estado Civil: <u>() Solteiro () Casado () Viúvo (x) Separado (x) União Estável () Outro:</u>	Nº de Filhos: <u>06</u>		
Empregado: <u>() Sim () Não</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>		
Religião: <u>() Católico () Evangélico () Testemunha de Jeová () Budista () Nenhuma () Outra:</u>			
Onde reside: <u>Boa Vista</u>	Com quem reside: <u>() Pais (x) Cônjuge () Só () Filhos () Outros:</u>		
Informante: <u>(x) Próprio paciente () Acompanhante () Outro:</u>			
Pessoa(s) de Referência 1 - <u>grávida</u>	Vínculo: <u>irmã</u> Tel.: <u></u>		
Pessoa(s) de Referência 1 - <u></u>	Vínculo: <u></u> Tel.: <u></u>		
2 - INTERNAÇÃO E DIAGNÓSTICO			
Motivo da Internação: <u>Furto de fôrmulas</u>			
História da Doença:			
Tem conhecimento de seu diagnóstico: <u>(x) Sim () Não</u>	Compreende a necessidade do tratamento: <u>(x) Sim () Não</u>		
3 - LIMITAÇÕES			
<u>(x) Sim () Não</u> - Se SIM, assinalar limitação: <u>() Auditiva () Visual (x) Motora () Fala () Outra:</u>			
4 - ACOMPANHAMENTO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO			
Acompanhante presente: <u>(x) Sim () Não</u> - Se SIM, quem: <u>() Pais () Cônjuge () Filho(a) () Outros: <u>irmã</u></u>			
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/alopsiquica preservada	SIM (x) NÃO ()
Adequação do sono	SIM (x) NÃO ()	Adequação da alimentação	SIM (x) NÃO ()
OBS.: <u></u>			
Abuso de substância: <u>() Não tem histórico (x) Alcool (x) Tabaco () Drogas</u>			
6 - REFERENTE À EQUIPE DE SAÚDE E INTERNAÇÃO			
Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento: <u>() SIM (x) NÃO</u> Adaptação à internação: <u>(x) SIM NÃO ()</u>			
7 - PROCEDIMENTO ADOTADO			
acompanhamento: <u>(x) Paciente () Familiar () Alta psicológica</u>			
Encaminhamento: <u>() CAPS II ou III () CAPS AD () UBS () Outro:</u>			
8 - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:			
<u>Paciente internado por acidente de trânsito, aguardando procedimento cirúrgico. Relata que há uso constante de bebidas alcoólicas e cigarros e que está internado há mais de 10 dias. O paciente não demonstra intenção de acompanhamento terapêutico.</u>			
<u>Responde adequadamente às perguntas.</u>			
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Nova Planalto Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO <u>13 MAR 2020</u> Certifico e Dou fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi assinado neste Hospital			
RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO: <u>Ialla Costa</u>		DATA: <u>17/02/20</u>	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 16/03/20 O.S. _____

Jefferson Souza Arag.

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: Ailton ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em sala sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepse
- 3) Fixação externa de os pino de Schanz no fêmur
- 4) Observado fratura incompleta de fêmur distal
- 5) Fixação de os pino prox e os distais na tíbia
- 6) Redução
- 7) Fixação transarticular
- 8) Curativos



Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião Joelino
CRM-RN 1759 TSOT 14272



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Jefferson Barba Cruz, M. 31a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																										
08:50		16 02 2020																										
AGENTES	<table border="1"> <tr> <td>Nº</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> <td>15</td> <td>30</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>G2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	G2												
Nº	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45																
G2																												
LÍQUIDOS VENOSOS	<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>240</td> </tr> <tr> <td>ULSO</td> <td>220</td> </tr> <tr> <td>ANES</td> <td>200</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>180</td> </tr> <tr> <td>OP</td> <td>160</td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>TEMP</td> <td>120</td> </tr> <tr> <td>ASPIR</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>RESP</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>O</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td></td> <td>20</td> </tr> </table>		DA	240	ULSO	220	ANES	200	X	180	OP	160	O	140	TEMP	120	ASPIR	100	A	80	RESP	60	O	40		20		
DA	240																											
ULSO	220																											
ANES	200																											
X	180																											
OP	160																											
O	140																											
TEMP	120																											
ASPIR	100																											
A	80																											
RESP	60																											
O	40																											
	20																											
ECG: 60 02 + QAD1 + FC.																												
<table border="1"> <tr> <td>Expon</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Assist</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Contro</td> <td></td> </tr> </table>			Expon		Assist		Contro																					
Expon																												
Assist																												
Contro																												

SÍMBOLOS		<table border="1"> <tr> <td>AGENTES</td> <td>DOSES</td> <td>TÉCNICA</td> <td>ANOTAÇÕES</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>1. Uterus + mio uterino</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>2. Anestesia SA / L2 - L4 / anestesia</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>3. Anestesia 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>4. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>5. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>6. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>7. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>8. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>9. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>10. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>11. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>12. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>13. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>14. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>15. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>16. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>17. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>18. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>19. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>0,5%</td> <td>naproxeno</td> <td>20. Uterus 20 / L4: anestesia</td> </tr> </table>		AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES	1	0,5%	naproxeno	1. Uterus + mio uterino	2	0,5%	naproxeno	2. Anestesia SA / L2 - L4 / anestesia	3	0,5%	naproxeno	3. Anestesia 20 / L4: anestesia	4	0,5%	naproxeno	4. Uterus 20 / L4: anestesia	5	0,5%	naproxeno	5. Uterus 20 / L4: anestesia	6	0,5%	naproxeno	6. Uterus 20 / L4: anestesia	7	0,5%	naproxeno	7. Uterus 20 / L4: anestesia	8	0,5%	naproxeno	8. Uterus 20 / L4: anestesia	9	0,5%	naproxeno	9. Uterus 20 / L4: anestesia	10	0,5%	naproxeno	10. Uterus 20 / L4: anestesia	11	0,5%	naproxeno	11. Uterus 20 / L4: anestesia	12	0,5%	naproxeno	12. Uterus 20 / L4: anestesia	13	0,5%	naproxeno	13. Uterus 20 / L4: anestesia	14	0,5%	naproxeno	14. Uterus 20 / L4: anestesia	15	0,5%	naproxeno	15. Uterus 20 / L4: anestesia	16	0,5%	naproxeno	16. Uterus 20 / L4: anestesia	17	0,5%	naproxeno	17. Uterus 20 / L4: anestesia	18	0,5%	naproxeno	18. Uterus 20 / L4: anestesia	19	0,5%	naproxeno	19. Uterus 20 / L4: anestesia	20	0,5%	naproxeno	20. Uterus 20 / L4: anestesia
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES																																																																																				
1	0,5%	naproxeno	1. Uterus + mio uterino																																																																																				
2	0,5%	naproxeno	2. Anestesia SA / L2 - L4 / anestesia																																																																																				
3	0,5%	naproxeno	3. Anestesia 20 / L4: anestesia																																																																																				
4	0,5%	naproxeno	4. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
5	0,5%	naproxeno	5. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
6	0,5%	naproxeno	6. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
7	0,5%	naproxeno	7. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
8	0,5%	naproxeno	8. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
9	0,5%	naproxeno	9. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
10	0,5%	naproxeno	10. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
11	0,5%	naproxeno	11. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
12	0,5%	naproxeno	12. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
13	0,5%	naproxeno	13. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
14	0,5%	naproxeno	14. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
15	0,5%	naproxeno	15. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
16	0,5%	naproxeno	16. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
17	0,5%	naproxeno	17. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
18	0,5%	naproxeno	18. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
19	0,5%	naproxeno	19. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
20	0,5%	naproxeno	20. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe	2. Ag. R, via SA. 3. Uterus 20 / L4: anestesia 4. Uterus 20 / L4: anestesia																																																																																				
NOCD		Naso / Oroquival - Cega																																																																																					
SANGUE	0,5 1000 ml	Bal - Tamp - Calibre do Tubo																																																																																					
		Bob Mascara																																																																																					
		Difficuldade Técnica																																																																																					
TOTAL	1500 ml	60	TEMPO DE ANESTESIA																																																																																				
OPERAÇÃO: tratamento cirúrgico de varicela exposta de forma e fibia			<table border="1"> <tr> <td>Lanugo - Espasmo - Excesso Secre</td> <td>Hemorragia - Anemia</td> </tr> <tr> <td>Depressão Respiratória - Hipoxia</td> <td>Brad Taquicardia - Choque</td> </tr> <tr> <td>"Bucking" - Vômito</td> <td></td> </tr> </table>	Lanugo - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Anemia	Depressão Respiratória - Hipoxia	Brad Taquicardia - Choque	"Bucking" - Vômito																																																																															
Lanugo - Espasmo - Excesso Secre	Hemorragia - Anemia																																																																																						
Depressão Respiratória - Hipoxia	Brad Taquicardia - Choque																																																																																						
"Bucking" - Vômito																																																																																							
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA																																																																																				
Dr. A. Torres		Dr. Tomaz	Compatível																																																																																				

Dr. Daniel

Bruno Thiago de Faria
MÉDICO
CRM-RR 1025

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

5- Dexamestasina 10 mg IV
X- 0,5% SA.



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				16/02/2021	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossintese de fratura de fêmur		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
(E) + fixador externo.		04:15	10:09		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA: Dr. Cyllton			
Dr. Jonathan		RES. ANESTESIA: Dr. Carlos			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
João Paulo - Interno					
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Bruna e Bahia			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
25	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		5	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 8.0		5	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
5	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	
5	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML		5	KIT CATARATA Nº agulha p/ Raqui	
5	SERINGA 10ML		± 100 ml	GEFOAM Algod. chumbinho	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	Eletrodo		1	OUTROS: cateter de O2	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Alexandra		SUB- TOTAL	
		Aline		TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Tel.: 55(11)39484000
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 400
Ref.: 4747/04 Lote: 19L003174
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

"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:									

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

MÉDICO CIRURGIÃO: _____ 1º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADOR: _____

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

Dr. Jonathan Lima
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 1729 TEOT 1

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): Alexandra Cavalcanti Hora: 16:02 Data: 02/02/2020

Enfermeiro (a):		PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO E CHECKAGEM
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		
☐ Risco de Queda Prevenir queda		☒ Manter grades elevada na RPA		pós - observação
☐ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração		☒ Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA		
☐ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável		☐ Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos ☐ 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		
☐ 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		
☐ 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		
☐ Confusão Aguda / Crônica		☒ Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente		pós - observação
☐ Comunicação Verbal prejudicada		☒ Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório		pós - observação

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente admitido em SO, volume de anidanta de nito. Realizado procedimentos com
equip adequada sob Regim anestesia -
Informar os x aliqno a nada, naga im, naga na. Transpoe p/ b5 para
postura gualia5 do Nemo.

Responsável: plumade
condato



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome M. Jovianis Lopes - John Scur
Responsável Cirúrgico John Scur

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
Consentimento ☒ Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim () 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 > 500ml

☒ Não

☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 11/11/2021 Assinatura [Assinatura] Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista John Scur

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRÚRGIO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRÚRGIO:

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 3g Hora: 08:20h

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALDA (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 CORREITAS

☒ 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 CIRÚRGIO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☒ Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura e Carimbo: [Assinatura]

22.11.2021

109-01

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Jeferson S Cruz				
AGNÓSTICO					
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 (SUSPENSÃO)				
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	SSV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Tramadol 100mg 8/8h				
16	SF 0,9% 100ML				
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 :

- NEUROLOGIA: GCS EVIDENCIANDO
Paciente em posição de, P.T.R.
SEM DEFICIT COGN
CC CRÂNIO: NORMAL
- COL. SEM CONDUTA NER
E ALTA NEUROLOGIA GCS

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. Fabrício F. de
Neurologia
CRM-PR 1407
CIB 21648432500

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 da Silva				
AGNÓSTICO	R. R. para dor de costas e acesso venoso periférico				
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 + SF0,9% 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				Assinatura
15	Alexane 400g SC 1x1d				06
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

_____ Plantão Noturno _____
Adm. medicações CRM, exceto item
①, farmácia não disponibilizou.
Adesido SSUV. segue aos cuidados
da enfermagem. *Steu*



13 — 19hs
Paciente no leito
medicado Afenidol
SOVUSS

Eldacio Nilton de Souza Raposo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 361219-4

VR5: Às obice do dia 19/02/20, o paciente no leito medicado
com 1 dm intercorrência e segue sob cuidados da enfer-
magem.



Núcleo de Enfermagem em

Protocollo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 2/2020



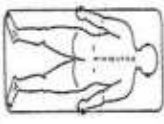
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente:

William Savageburg

Data: 18 / 02 / 2020

Localização	 	Região: <u>LS</u>	 	Região: <u>LS</u>
Etiologia	☐ LPP I ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>	Grau: I ☐ II ☒	☐ LPP I ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>	Grau: I ☐ II ☒
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u> ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u> ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>	
Pele Perilesional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido <u> </u> ☐ Seco ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☒ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☐ 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	
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 11	Ana Carolina da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 904 672	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 965 152 11	Ana Carolina da Silva Garcia Téc. em Enfermagem COREN-RR 904 672
Observações:				

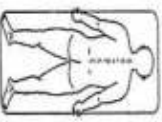
Tratamiento de Feridas –

Paciente: Q

Leito: 109-1

Atualizada: 2/2020

Data: 18/02/2020

Localização	 	Região: <u>MSC</u> Grau: I () II (x)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV 7* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo () ortopedia () Outro:
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (x) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (x) 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 (x) Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro: _____
Tipo de Exsudato	(x) Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Quantidade de Exsudato	(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 () 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 (x) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 965.152-1F	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 965.152-1F	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 965.152-1F	Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR 965.152-1F
Observações:				

109-1



GOV. DO ESTADO 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 19/02/2020
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 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		

Handwritten notes and signatures in the right margin, including "24/06", "NTF", "NTF", "ob=50", "tem clina", and "170".

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.

SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	80	36	
18 H	150/90	98	35-56	
24 H	140/92	79	36-40	

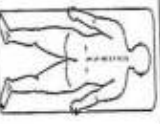
Adm. medicação do horário
ver Pertino e verificação
SSVV. Valder

38h. Aberto SSVV,
medicação e.p.n
no foi administ
do e item 11, no
farmácia no te
comprimidos.



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Jeferen Souza Cruz</u> Leito: _____ Data: <u>19/02/2020</u>			

Localização	 	Região: <u>ME</u> Grau: I () II (x)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : Tração <u>Fixador Externo</u> <u>Ortopedia</u> () Outro: _____			
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda (x) Outros: <u>destruição</u> (x) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso (x) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____			
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco			
Quantidade de Exsudato	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Solução de Limpeza	() Gaze (x) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____			
Cobertura primária	() 12/12 (x) Diário () 48/48h			
Troca	() 12/12 (x) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<u>Márcia Reis Fortes</u> Técnica em Enfermagem COREN-MR 000829/004 <u>Francieleide de Alencar</u> Técnica em Enfermagem COREN-PR - 353058 TEC			
Observações:	<u>Realizado curativo do membro superior direito (moe) - Jeferen - AOE.</u>			

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				SNIC
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				1h
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12h 22h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12h 18h 21h 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 I				
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 21h 06h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12h 22h
13	CURATIVO				PO: 1000/1000
14	SSVV + CCGG 6/6H				PO: 1000/1000
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.

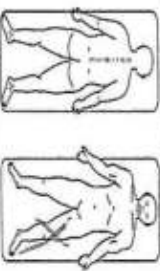
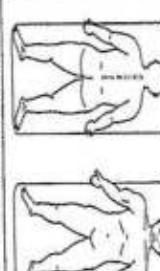
SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160x70	98	35,4°	
18 H	120x80	83	35,5°	
24 H	120x80	84	36°C	

12:00 Período SSVV, administrado as med. CPM. Adm item 10
PA: 160x70 MMHG. *ceda*
Tarde → SSVV
ADM → R.P.M
cuidados gerais feito
sem queixas
Weylande Nelly de Souza
CRM-RR 202369 - TE



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Geleison S. Cruz</u>	Leito: <u>109.1</u>	Data: <u>20/02/2020</u>		

Localização		Região: <u>M.S.E</u>		Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (x) x 4 () 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 () Outros _____ () Normal (x) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____			
Pele Perilesional	() Purulento (x) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____			
Tipo de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco			
Quantidade de Exsudato	() Molhado (x) Úmido () Seco			
Solução de Limpeza	(x) Soro Fisiológico 0,9% (x) 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 (x) Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Rosaneide P. Nunes () 48/48h Juizena Gomes de Lima () 48/48h CORFEL-PR 029 703 CORFEL-PR 2020			
Observações:				

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	21/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SAO
2	AVP				manhã
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				14
4	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				12 22
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 24
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				12 18 24
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SA
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 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 24
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18 24
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 18 24
13	CURATIVO				12 18 24
14	SSVV + CCGG 6/6H				12 18 24
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.

ob 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	130/80	95		36.3	
18 H	120/80	90		36.3	
24 H	130/90	98	19	36.5	

12/17 pressão no vaso
pressão média 95
130/90

7/11 não
propriedade gular
pressão 130/90

18/17 pressão do vaso
pressão média 95
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 acidente com
feridas abertas de tórax e perna
querendo que se faça o exame
em M. S. Solicito Avaliação
e Conduta. Grato!

21.02.2020

Data

[Assinatura]

Médico(a)

21.02.2020

Paciente politraumatizado com lesão de nível cervical
apresenta um comprometimento de nível superior
e inferior (o que justifica a necessidade)

- col 1. Ser avaliada a lesão

2. Avaliar o paciente e depois fazer exames
necessários e seguir com a internação no hospital
conforme nota após a avaliação

21.02.2020

Data

[Assinatura]

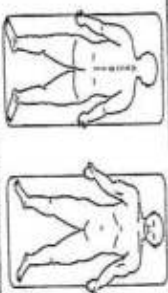
médico

—



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

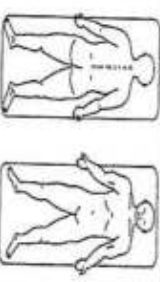
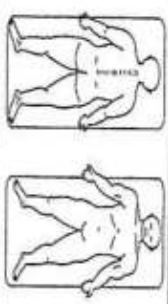
 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Paciente: <u>Selma</u> Leito: <u>105.1</u> Data: <u>21.02.2020</u>			

Localização	 Região: <u>pe - esquerda</u> Grau: I () II (X)	 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() 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 <u>debridamento</u> () Normal (X) Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosanguíneo () Seco () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () seco () Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Quantidade de Exsudato	() Gaze (X) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: <u>atadura + esparadego</u>	
Cobertura primária	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonildes Vieira Albano Técnico em Enfermagem COREN-PR 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: <u>Jeferson Souza Cruz</u> Leito: <u>109 1</u> Data: <u>23/02/2020</u>			

Localização	 Região: <u>perna esquerda</u> Grau: I () II (x)	 Região: <u>MÃO esquerda</u> Grau: I () II (x)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (x) Trauma: <u>Tracção</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (x) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (x) 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: <u>Colagenase + alcatraz + alginate + alginate + alginate</u>	
Troca	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonide Miera Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.785/TE	
Observações:	Adonide Miera Araujo Técnica em Enfermagem COREN-PR 507.795/TE	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
RUA JUIZ GOMES DE MORAES

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	22/02/2020	
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 + 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, SOLICITADO AVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

06h	120/70	108	35.8°C	
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	153x90	82		36°C
18 H	119x82	96		36°C
24 H	120/84	101	-	35.5

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

Plantação elétrica: Pode ser medido com aferido SSVV.
OBS: NÃO foi administrado medicação do item 11 do
horário das 12h; pois não havia sido liberado pela farmácia.

Atualizada: 2/2020



HGR

Paciente: WELSON DE SOUZA

Leito: 109-1

Data: 22/02/20

Localização	 	Região: <u>M/E</u>	 	Região: _____
Etiologia	() L.P I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração (X) Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grav: I (X) II (X) III (X)	() L.P I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	Grav: I () II () III ()
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ (X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfácelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Pele Perilesional	() Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serososanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) 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%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Maria de Fátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RN 448.709		Bruno S. Pereira Téc. em Enfermagem COREN-RN 518.363	
Observações:	_____ _____ _____ _____		_____ _____ _____ _____	



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				
IDADE	DM2				
ITEM	LEITO	109-1	DATA	23/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SNO
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				monter
4					16
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 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 II				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				12 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

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

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

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

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



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				
IDADE	LEITO	109-1	DM2	DATA	24/02/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				SND
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				MAN 08
4					12.00
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12.00 20.00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				9.6
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				12.00 20.00
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12.00 20.00
13	CURATIVO				12.00 20.00
14	SSVV + CCGG 6/6H				12.00 20.00
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	123x83	89		37°C	

Planta motora esquerda
Post. acometido L5-S1, realizado
SSVV e modificação de medicação.



HGR

Atualizada: 2/2020

Data: 24 / 02 / 2020

Região: MLC

() LPP I II III IV ?* () Queimadura (☒) Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma : __ Tração __ Fixador Externo () ortopedia
() Outros: _____

(☒) Necrose: Amarela/Negra (☐) Esfacelo (☒) Granulação (☐) Epitelização
(☐) Ferida Fechada (☐) Dreno/Sonda (☐) Outros

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

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

() Molhado ~~()~~ Úmido () Seco

() Álcool 70%

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

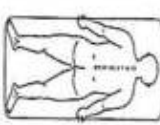
() 12/12 ~~()~~ Diário () 48/48h

Larissa Alves Mota
15/ma de Setembro
Colégio: 1.747.428-7E

Kenneth



	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR			
	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
Paciente: <i>Selerson Souza</i>		Data: <i>24 / 02 / 2020</i>		
Leito: <i>109-A</i>				

Localização	 	Região: <u>Pé E</u>	 	Região: <u>perna (lateral)</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (☒)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma: <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: <u>lesão por compressão</u>	Grau: I () II (☒)
Aparência do Leito	(☒) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação (☒) Epitelização (☒) Ferida fechada (☒) Dreno/ Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso (☒) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco		() Molhado (☒) Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (☒) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:		(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70% () Gaze (☒) Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel (☒) Outro: <u>Ag</u>	
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 (☒) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Sónia Maria da Silva Técnica de Enfermagem CNPJ nº 08.043.831/0001-51	 Larissa Alves Magalhães Técnica de Enfermagem CNPJ nº 15.613.478-71		
Observações:				



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				
IDADE	DM2				
ITEM	LEITO	109-1	DATA	25/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				IND
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				MONITOR
4					16
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				12 18
8	TRAMAL 100MG + SFO,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				12 18
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 18
13	CURATIVO				12 18
14	SSVV + CCGG 6/6H				12 18
15					12 18
16					12 18
17	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			1	
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				
IDADE	LEITO	109-1	DM2	DATA	26/02/2020
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 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				

NTF 12 18 24 06

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
6H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	66	19	
18 H	125x81	114	36	
24 H	115x85	105	36	

UBS: A farmácia não disponibiliza o item 11

066 9A 128x83
P 107
7 262

João de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

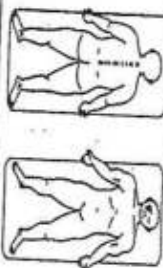
Atualizada: 2/2020

Paciente:

Leito: 104

Data: 26/02/2020

Localização



Região: M.T.E

Grau: I (X) II () 03

Etiologia

() LP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
() Trauma: Tração 02 Fixador Externo (X) Ortopedia
() Outro:

Aparência do Leito

() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() 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:

Observações:

Rosângela P. Nunes
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 778 R77

Elaine Cavallini Galvão
Enfermeira
COREN-RR 000.423.579

Julia

Julia

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	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 + 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	80	18	
18 H	120x70	95		
24 H	130x90	92	19	

AS 12:00h Paciente no Leito, Afecido SSVV, segue sem queixas nas atividades da equipe de enfermagem. Rosilene Garcia P. Mendo no Administração e It. Técnica de Enfermagem. Jd, pois no Tam ra





Atualizada: 2/2020

Data: 27/02/2020

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

109-L



GOV. HINDU 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					
DIAGNOSTICO		FX DE FEMUR DISTAL ESQUERDO + LESÃO DE PARTES MOLES					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		109-1		DATA	
ITEM						28/02/2020	
1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO	
2	AVP					SND	
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO				manha	
4						SUSPEN	
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					SND	
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 BSCU.
T.C. Jorgensen

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

Marina S. Nicol
Aut. Eide. mgem
COREN: 043001646

Anexo 1

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE JEFERSON SOUZA CRUZ				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Trauma contuso no Joelho (E) devido a queda com manuseio (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 Fratura supracondilária do fêmur					
21 - CID 10 PRINCIPAL S64.0					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO S64.0					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osteossíntese + RM					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Guilherme Soares / Dr. Marcos					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/02/2020					
32 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - 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 DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 29/02/2020					
47 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0408050588 → 5729 0408060360 → 7842 1.607 → 0408040711					



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29.02.2020.

O.S.

Jefferson Souza Cruz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura supracondiliana de humero (E)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RMS + Osteossíntese
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia
INDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Elton Soares 1º AUXILIAR: Dr. Marcos Branner
2º AUXILIAR: Dr. Elder Soares INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR: Ortopedia e Traumatologia ANESTESIA:
CRM 1828/RR ANESTÉSICO:
ANESTESISTAS:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em sala de cirurgia anestésico
- 2) Anestesia, infiltração e colocação de campo cirúrgico
- 3) Incisão longitudinal, exposição da lesão e + divisão de planos anatômicos.
- 4) Redução + fixação da fratura sob visualização direta com placa condilar 4.5mm, 6 parafusos com auxílio do intensificador de imagens. Obs: Fratura grave, cominutiva, com perda óssea.
- 5) Avaliação da hemostasia, LMC expansiva com 376 pontos, colocados no coto do osso.
- 6) Sutura de planos anatômicos
- 7) Curativo.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		31a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jefferson Souza Cruz		109-01	07011	29 / 02 / 2020	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
RMS + Osteossíntese de fêmur (E) + Enxerto			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Osteo			14:10	16:37	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	Elder		ANESTESISTA:	Fabio	
1º AUXILIAR	Wagner Brunner		RES. ANESTESIA:	R: Daniel	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	Vankee	
			CIRCULANTE	Olívia Garcia / Claudenir	
TIPO DE ANESTESIA: Raqui			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
04	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		04	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
04	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5 luvas Vinil (P)			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
04	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		1	SURGICEL (pess desc.)	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE Alodura (30/20cm)	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº 10g	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Facova p/ assepsia	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA PUPS 40cm	
1	Eletródios		1	OUTROS: Cloroxidina 4%	
1 Caixa de O ₂			+ 150ml Alcool 70%		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
Vankee		Alessandra + Alina			
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
			TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA										Especialidade: Ortopedia										Procedimento Realizado: Osteossíntese de fêmur (E)																			
Nome do Paciente: Jefferson Souza Cruz																				IDADE: 31 a					SEXO: F () M (X)					Nº do Prontuário					Data 29/02/2020				
Bloco: A					Enfermaria: 109										Leito: 01					Nº da Sala 04					Circulante de Sala: Elyângela Garcia Claudenir														
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: Pcs. Instrumentais / Implantes / Placas de Grandes fragmentos Bloqueado																																							
Dados dos materiais/Serviço																																							

Hospital Geral de Roraima (X)		Dados Adicionais:		Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM			QUANT
01	Fios de Kirchner 2.0			
02	Placa pendular - 07 furos	4	✓	02
03	Parafuso Espesso Ø 6,5 / R. 16 - 85 mm	4	✓	01
04	" Bloqueado - 30 mm		✓	01
05	" " - 80 mm		✓	01
06	" Espesso Ø 6,5 / R. 16 - 32 mm	4	✓	01
07	" Cortical Ø 4,5 - 38 mm	9		01
08	" " " - 40 mm	9		02
09	" " " - 42 mm	4		01
				02

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Elder Ortêncio

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Reumatologia
CRM 8828/RR

1º AUXILIAR: Wiliams Brunner

Yamkee

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

Marca:

[illegible]

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

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

Nome: Jefferson Souza Cruz Data de Nasc: 18/01/1988 Idade: 32 anos Setor/Leito: A/109-1

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 29/02/2020

[illegible]

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



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Rebeca Souza Cruz
Responsável Cirurgião Dr. Elton

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 29.01.2021 Hora: 13.00
Assinatura [Assinatura]

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Gabriel R. Daniel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
() Não se aplica
() Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim () Não
- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim () Não () Não se Aplicam
- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() 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]
Assinatura e 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 Jefferson Louza Cruz					
AGNÓSTICO FRATURA BICORRADA CONDIUANA FEMUR (E)					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	23/02/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE ALCO RPA				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV SN 8/8H				20:00-14
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H 1g IV 6/6H				20:00-12:18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN 20
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				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				(Retina)
14	CURATIVO DIÁRIO				Retina Curativa
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
ROR 1928/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:

06/01/2020 1031362

SINAIS VITAIS				T
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	140x80	59		36.8
24 H	130x80	62		

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Retirado do UN 110 C-1 M 17:30
18:00 por no leito autônomo do CC
17:30, aferido os SSVV e segue aos
cuidados da F.O. Curativa

Antonio Francisco
Coordenador 1999-2005

109-1



GOVERNO DO PARANÁ
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			
IDADE	LEITO	109-1	DM2	DATA
ITEM				29/02/2020
1	DIETA ORAL ZERO, CIRURGIA HOJE			HORÁRIO
2	AVP			
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			SUSPENSO
4				SUSPEN
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, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR ESQUERDO, PROVAVEL LESÃO DO NLRVO 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	T	
12 H	120x80	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	Jefferson Souza Luiz				
AGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	109-1	DATA	01/03/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5~20
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANUTER
3	SF 0,9% 500ML EV 500 8/8 H				14-22:00
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18 24:00
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				07:00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5~18
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				5~18
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				07:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				5~18
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12-18 24:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				10-20
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5~
13	SSVV + CCGG 6/6 H				MANUTER
14	CURATIVO DIÁRIO				MANUTER
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Anderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR-4733

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06A 125X75 116 36.00

109-1



GOV. DO ESTADO 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	02/03/2020	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SND
2	AVP				Monte
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H				12-24
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				24-06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SN 11/12
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				04/06
13	CURATIVO				10-20
14	SSVV + CCGG 6/6H				Rotina
15					Rotina
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 OSTEOSSINTESE DE FEMUR DISTAL
REALIZADA DIA 29/2/20.

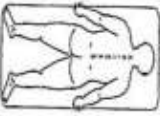
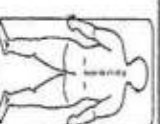
SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
6 H	PA	FC	FR	
12 H	137/79	117	35/62	
18 H	120x90	94	36/28	
24 H	130x80	96	36/3	

12h. Administrado medi-
cação c.p.m. após
SSVV, segue aos cuidados

plantão noturno, administrado
medicação prescrita. segue aos
cuidados

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

Assinado digitalmente por
Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964

Localização	 	Região: <u>MAE</u>	 	Região: <u>MAE / tibia</u>
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tracção</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor (X) Outro:		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor (X) Outro:	
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () Seco () Outro:		() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento () Serosossanguíneo () 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:		(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 (X) Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Flávia Carvalho Góes</u> Enfermeira Hospital de Referência N.º 400 400 500 Auxiliar de Enfermagem CONEP/RR-449.704 CORRENTE-449.704	<u>Rozângela Miguel L.</u> Enfermeira Hospital de Referência N.º 400 400 500 Auxiliar de Enfermagem CONEP/RR-449.704 CORRENTE-449.704	<u>Flávia Carvalho Góes</u> Enfermeira Hospital de Referência N.º 400 400 500 Auxiliar de Enfermagem CONEP/RR-449.704 CORRENTE-449.704	<u>Rozângela Miguel L.</u> Enfermeira Hospital de Referência N.º 400 400 500 Auxiliar de Enfermagem CONEP/RR-449.704 CORRENTE-449.704
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				
IDADE	LEITO	109-1	DM2	DATA	03/03/2020
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SND
2	AVP				manha
3	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				16
4	TILATIL 20MGEV DE 12/12H				12 24
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				12 18 24 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				S/N
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				12 18 24 06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV DE 12/12H				12 24
13	CURATIVO				curativo
14	SSVV + CCGG 6/6H				Retina
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 OSTEOSSINTESE DE FEMUR DISTAL REALIZADA DIA 29/2/20.					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

109-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jefferson Souza Cruz 31 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16 02, 20, COM
DIAGNÓSTICO DE fx hum distal (E) + lesão P. hum (E)
NO DIA 29 02, 20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossintese SENDO
OPERADO PELO DR. Elder E DR. Marcus
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 Outubro 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.

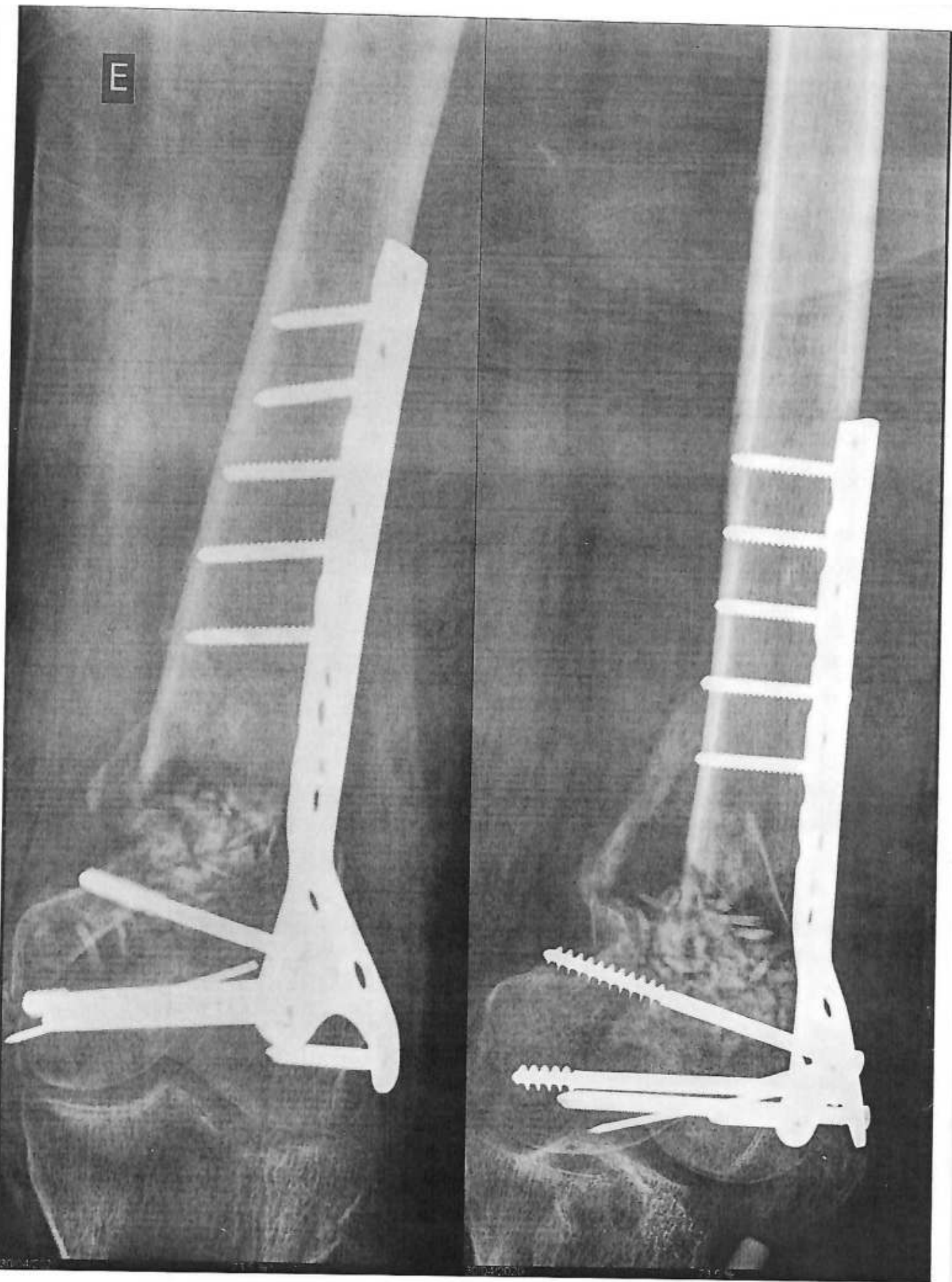
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

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

BOA VISTA, 03, 03 20

MÉDICO





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237941/20

Vítima: JEFFERSON SOUZA CRUZ

Data do acidente: 16/02/2020

CPF: 983.529.462-34

CPF de: Próprio

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEFFERSON SOUZA CRUZ

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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 PERICIA

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



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 PERICIAO 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

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.

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

