

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:
2973407820210208174805

Processo 0801373-55.2021.8.23.0010 - (17 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 436 - Procedimento do Juizado Especial Cível

Assunto Principal: 10671 - Obrigação de Fazer / Não Fazer

Nível de Sigilo: Público

Prioridade: Portador de necessidades especiais (conforme Decreto 5.296/2004 e Lei 12.008/2009)

Pendências

Audiência: Há Audiência de Conciliação por Videoconferência em aberto marcada para 25 de março de 2021 às 10:50:00

[Informações Gerais](#) [Informações Adicionais](#) [Partes](#) [Movimentações](#) [Apensamentos \(0\)](#) [Vínculos \(0\)](#)

Realces

Realçar Movimentos: Magistrado Servidor Advogado Membro MP Defensor Procurador Outros Audiência
Ocultar Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Membro do MP/Delegado Procurador Servidor
Sequencial(Intervalo): ao **Data do Movimento(Período):** à
Descrição:

10 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 10

500 por pág.

| Seq. | Data | Evento | Movimentado Por |
|-----------------------------|---------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 10 | 08/02/2021 17:48:05 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| | | 10.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2783030CONTESTACAO03.pdf | Público |
| | | 10.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2783030CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público |
| | | 10.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf | Público |
| <input type="checkbox"/> 9 | 02/02/2021 12:36:34 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA DESIGNADA (22/01/2021) | Francisca Maria Rodrigues Farias Advogado |
| | | 9.1 Arquivo: Petição Ass.: FRANCISCA MARIA RODRIGUES FARIA:58123253249 online.pdf | Público |
| | | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ representado(a) por FRANCISCA MARIA RODRIGUES FARIAS GARCIA, Eduardo Henrique (nome civil Eduardo Henrique de Andrade Lima)) em 01/02/2021 com prazo de 25 de Março de 2021 *Referente ao evento (seq. 5) AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA DESIGNADA (22/01/2021) e ao evento de expedição seq. 6. | SISTEMA CNJ |
| <input type="checkbox"/> 8 | 02/02/2021 00:01:33 | EXPEDIÇÃO DE CARTA DE CITAÇÃO (A.R.) Referente ao evento (seq. 5) AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA DESIGNADA (22/01/2021 19:14:15). Identificador do Cumprimento: 0001 | Cledivânia da Costa Moraes Analista Judiciária |
| <input type="checkbox"/> 7 | 22/01/2021 19:20:32 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ representado(a) por FRANCISCA MARIA RODRIGUES FARIAS GARCIA, Eduardo Henrique (nome civil Eduardo Henrique de Andrade Lima) com prazo de 25 de Março de 2021 - Referente ao evento (seq. 5) AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA DESIGNADA (22/01/2021) | Cledivânia da Costa Moraes Analista Judiciária |
| <input type="checkbox"/> 6 | 22/01/2021 19:16:03 | AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA DESIGNADA (Agendada para: 25 de março de 2021 às 10:50, em 3º Juizado Especial Cível de Boa Vista) | Cledivânia da Costa Moraes Analista Judiciária |
| <input type="checkbox"/> 5 | 22/01/2021 19:14:15 | RECEBIDOS OS AUTOS REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição | Cledivânia da Costa Moraes Analista Judiciária |
| <input type="checkbox"/> 4 | 22/01/2021 13:36:14 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3º Juizado Especial Cível de Boa Vista | SISTEMA CNJ |
| <input type="checkbox"/> 3 | 22/01/2021 13:36:14 | | SISTEMA CNJ |
| <input type="checkbox"/> 2 | 22/01/2021 13:36:14 | | SISTEMA CNJ |
| <input type="checkbox"/> 1 | 22/01/2021 13:36:14 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL | eduardo henrique de andrade lima Advogado |



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, 10 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200460916 Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez

Data do Acidente: 28/11/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

Recebedor: **Jesus Miguel Perez Lopez**

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 00000133894-3

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
706.596.392-62 JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

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

5 - Nome completo: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ** 6 - CPF: **706.596.392-62**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **AVENIDA SANTO ANTONIO** 9 - Número: **435** 10 - Complemento: **IGREJA**
11 - Bairro: **SEN. HÉLIO CAMPOS** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-408**
15 - E-mail: **FRANCESKA.FARIAS@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(95) 99138-2723**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **_____**

18 - CPF do Representante Legal: **_____** 19 - Profissão do Representante Legal: **_____**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **0250** CONTA: **133-894 3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **_____**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **_____**

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **_____** Falecidos: **_____** 30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **_____** Falecidos: **_____** 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: **_____**

CPF: **_____**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **_____**

CPF: **_____**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR, 09 de dezembro de 2020.**

Jesus Perez

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00038263/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/12/2020 15:53:52 Data/Hora Fim: 01/12/2020 16:34:57
Origem: Pessoal Física - Particular Tipo Documento: Outros Data: 01/12/2020
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 28/11/2020 18:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Macejana

Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO ESQUINA C/ BOI NA BRASA

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|----------------------------|----------------------|
| 20005: ACIDENTE COM LESÕES | Não Houve |

| Motivação |
|-----------|
| Outros |

ENVOLVIDO(S)

| | | | |
|--|---------------------------|------------------|-----------|
| Nome Civil: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ (VÍTIMA) | Sexo: Masculino | Nasc: 20/12/1997 | Idade: 22 |
| Nacionalidade: Venezuelana | Estado Civil: Solteiro(a) | | |
| E-mail: | Naturalidade: VALENCIA | | |

Nome da Mãe: Yaneth Josefina Lopez de Perez

| Documento(s) |
|---------------------|
| CPF: 706.596.392-62 |

| Endereço |
|---|
| Município: Boa Vista - RR |
| Logradouro: CAUÉ MAGALHÃES/ ANTIGA N11 |
| Complemento: ATRAS DA IGREJA CIBRAS PARA CRISTO |
| Bairro: Senador Hélio Campos |
| Telefone: (95) 99138-2723 (Celular) |

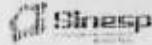
| | |
|---|-----------------|
| Nome Civil: DESCONHECIDO 1 MOTISTA DO ONIBUS (ENVOLVIDO) | Sexo: Masculino |
| Nacionalidade: Brasileira | |

| | | | |
|---|------------------------------|------------------|-----------|
| Nome Civil: FRANCISCA MARIA RODRIGUES FARIA (PROCURADOR , COMUNICANTE) | Sexo: Feminino | Nasc: 24/12/1965 | Idade: 54 |
| Nacionalidade: Brasileira | Profissão: Advogado | | |
| E-mail: | Estado Civil: Divorciado(a) | | |
| E-mail: | Naturalidade: Fortaleza - CE | | |

Nome da Mãe: Francisca Hildemeire Rodrigues Farias

| Documento(s) |
|---------------------|
| CPF: 581.232.532-49 |

| Endereço |
|----------|
| |



Fist 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00038263/2020

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: CEREJO CRUZ N°: 1288
Complemento: CASA
Bairro: Centro CEP: 69.311-011
Telefone: (95) 99123-4046 (Celular)

Razão Social: BRECHA TRANSPORTES E TURISMO LTDA (ENVOLVIDO)

Ramo de Atuação: Automotivo

Endereço

Município: Manaus - AM
Logradouro: AVENIDA PE. AGOSTINHO CABILLERO MARTINS N°: 1830 Complemento: RORAIMA
Bairro: SANTO ANTONIO CEP: 69.035-090

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Microônibus/Ônibus

Descrição ONIBUS EMPRESA BRECHA TURISMO Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------------------------|---------------|
| Desconhecido 1 Motista do Onibus | Depositário |

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição MOTO, 100CC CPF/CNPJ do Proprietário 144.737.472-04

Placa NAN8982 Renavam 00527693634

Número do Motor 9AALB008612 Número do Chassi 93FNGBALBCM000839

Ano/Modelo Fabricação 2012/2011 Cor PRATA

UF Veículo RR Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo FLASH/MV ING 110 Veículo Adulterado? Não

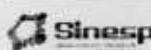
Situação Envolvido Última Atualização Denatran 12/09/2019

Situação do Veículo RENA INF - ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|--------------------------|---------------|
| Jesus Miguel Perez Lopez | Depositário |

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU A ESTE DP A COMUNICANTE NA QUALIDADE DE ADVOGADA DA VITIMA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO O SR. JESUS MIGUEL E A O MOTORISTA DE ONIBUS DA EMPRESA BRECHA TURISMO , NA OCASIÃO O ONIBUS COLIDIU COM A MOTOCICLETA DA VITIMA QUE SOFREU AMPUTAÇÃO DA Perna ESQUERDA UM POCO ABAIXO DO JOELHO E PERMANESENTE HOSPITALIZADO, QUE AS CAMERAS DA CASA DE ESQUINA FLAGRARAM O MOMENTO EXATO DA COLISÃO , SEGUNDO A COMUNICANTE A EMPRESA FOI PROCURADA MAS NÃO FORNEceu O NOME DO MOTORISTA, ASSIM COMO NÃO INFORMOU DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO, DIANTE DO OCORRIDO PEDE PROVIDENCIAS. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



Fls: 3
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00038263/2020

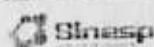
ASSINATURAS

Gilsoney Rodrigues Guimaraes
Agente de Polícia
Matrícula 42C00718
Responsável pelo Atendimento

Francisca Maria Rodrigues Farias
Procurador, Communicante

"Declaro para os efeitos finais da prova que sou eu(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei o gênio, conforme prevista nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 342-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ60MP 6H76L PCK8F 38NPY



Impresso por: Gilsoney Rodrigues Guimaraes
Data de impressão: 01/12/2020 16:35:14

Página 3 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
706.596.392-62 JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

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

5 - Nome completo: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ** 6 - CPF: **706.596.392-62**
7 - Profissão: **AUTÔNOMO** 8 - Endereço: **AVENIDA SANTO ANTONIO** 9 - Número: **435** 10 - Complemento: **IGREJA**
11 - Bairro: **SEN. HÉLIO CAMPOS** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.316-408**
15 - E-mail: **FRANCESKA.FARIAS@HOTMAIL.COM** 16 - Tel.(DDD): **(95) 99138-2723**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: **_____**

18 - CPF do Representante Legal: **_____** 19 - Profissão do Representante Legal: **_____**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banco do Brasil**

AGÊNCIA: **0250** CONTA: **133-894 3**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **_____**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **_____**

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **_____** Falecidos: **_____** 30 - Vítima deixou nasцturo (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **_____** Falecidos: **_____** 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: **_____**

CPF: **_____**

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **_____**

CPF: **_____**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Boa Vista - RR, 09 de dezembro de 2020.**

Jesus Perez

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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: 05/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000133894-3

Nr. da Autenticação CE66241FBB3BA803



RORAIMA ENERGIA

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO » **SEU CÓDIGO
0075759-4**

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.807.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 348/13

Nº DA NOTA FISCAL: 6553469 FCAN*

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|---------------|------------|---------------|---------------------|
| DEZEMBRO/2020 | 01/01/2021 | 487 | 367,37 |

IGREJA EVANGELICA PENTECOSTAL O BRASIL PARA CRISTO EN BV RR
CNPJ: 0090047617000137
AV SANTO ANTONIO 435 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-408 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA

| | | | | | |
|----------|------------|-----------|------------|------------------|------------------|
| Atual: | 09/12/2020 | Anterior: | 09/12/2020 | Próxima leitura: | 30 |
| Emissão: | | | | Apresentação: | |
| | | | | | Dias de consumo: |

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Linhação | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
|----------------|------------------|----------|----------------|-------------|------------|
| 3.1.3.3 | COMERCIAL | TRIF | E2904363 | NORMAL | CONVENC |

DADOS DA LEITURA (kWh)

| kWh | INJETADO TOT/PTRA | kWh | INJETADO F.PONTA | kWh | INJETADO INTERMED. | kWh | INJETADO RESERVADO | kWh | INJETADO RESERVADO |
|----------------|-------------------|-------|------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|
| Leit. Atual | 65898 | 67611 | | | | | | | |
| Leit. Anterior | | 1.000 | | | | | | | |
| Constante | | | | | | | | | |
| Resíduo | | 487 | | | | | | | |
| Medido | | 487 | | | | | | | |
| Faturado: | | | | | | | | | |

DESCRÍPCAO DA CONTA

| | | | |
|---------|-----|------------------|--------|
| CONSUMO | 487 | A R\$ 0,706373 = | 344,00 |
| | | | 23,37 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SET/2020:
9 A 487 - 0,574698

Média 12 meses: 552,53

HISTÓRICO DE MEDAÇÃO

| Mês | Consumo (kWh) |
|--------|---------------|
| DEZ/19 | 662 |
| JAN/20 | 453 |
| FEV/20 | 193 |
| MAR/20 | 556 |
| ABR/20 | 312 |
| MAY/20 | 246 |
| JUN/20 | 290 |
| JUL/20 | 350 |
| AGO/20 | 485 |
| SET/20 | 529 |
| OUT/20 | 593 |
| NOV/20 | 718 |
| DEZ/20 | 487 |

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO -6,40% NEGATIVOS
EEL N. 2.794 DF 29.10.2020.
LIGUE 08007019128 E FAÇA O SEU VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 08/12/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO

51F3.9552.D462.2957.24F3.100C.6F77.CA9A

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | INDICADORES DE CONTINUIDADE | | | |
|-------------------------------------|---------------|-----------------------------|--------|------------------|--------|
| Energia: | 163,17 | DIC | Mensal | Anual | |
| Distribuição: | 103,84 | Limite | 8,85 | 17,70 | |
| Transmissão: | 0,00 | Realizado | 1,54 | 35,48 | |
| Encargos: | 12,87 | | | | |
| Perdas: | | | | | |
| IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$ | | | | | |
| Base de Cálculo: | 344,00 | FIC | Mensal | Trimestral Anual | |
| ALÍQUOTA | VALOR | Limite | 8,46 | 16,92 | |
| ICMS: | 17,00% | Realizado | 1,00 | 33,84 | |
| PIS: | 0,29% | | | | |
| COFINS: | 1,35% | | | | |
| Tributos: | 4,65 | | | | |
| | 64,12 | DMIC | Mensal | DICRI | Mensal |
| | | Limite | 4,82 | Limite | |
| | | Realizado | 1,54 | Realizado | |
| Conjunto: | Mês apuração: | | | EUSD: | |
| DISTRITO | 10/2020 | | | 178,73 | |

ROT: 30.001.21.09.142000

SEU CÓDIGO: 0075759-4

TOTAL A PAGAR - R\$: 367,37

MÊS FATURADO: 12/2020

VENCIMENTO: 01/01/2021

Nº DA NOTA FISCAL: 6553469 FCAN*

83630000003 8 67370075000 7 00000000075 2 75941220008 2

SEQ.: 0076 UC: 0075759-4 DT.LEIT.: 09/12/2020 T.ENTR.: 04
LEITURA: 68098 NORMAL TOTAL: 367,37 CARGA: 017
DT.VENC.: 01/01/2021 IRREG.: 000 COLETOR: 4141

ATENDIMENTO AO CLIENTE

24 **0800 7019 120**
www.roraimaenergia.com.br

OUVIDORIA
0800 095 1152

Ouvintoria da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

LIGUE 167 Disponível para todos os Estados Brasileiros

Sobre as faturas pagas em atraso incidirão multa de 2% do valor original, correção monetária pelo IGPM e juros moratórios de 1% ao mês, cobrados em fatura posterior.

As informações sobre condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados, Iluminação Pública, indicadores de Continuidade e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento da distribuidora ou em nosso site www.roraimaenergia.com.br

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC – Tempo total (em horas) sem energia elétrica (apuração mensal, trimestral e anual).
FIC – Número de vezes sem energia elétrica (apuração mensal, trimestral e anual)
DMIC – Duração máxima (em horas) de interrupção contínua (apuração mensal)
DICRI – Duração da interrupção (em horas) ocorrida em dia crítico (apuração mensal)

TENSÃO DE FORNECIMENTO - Baixa Tensão

| Ligação Monofásica | Tensão Normal | Lim. Inferior | Lim. Superior | Ligação trifásica | Tensão Normal | Lim. inferior | Lim. Superior |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| 127 | 116 | 133 | | 220 | 201 | 231 | |

COBRANÇA DE VALORES DE TERCEIROS
(Artigos 3º e 6º da Resolução Normativa 687/013/ANEEL)

Caso haja cobrança de valores de terceiros em sua fatura de energia, o cancelamento poderá ser feito a qualquer momento em nossos canais de atendimento.

TARIFA SOCIAL DE BAIXA RENDA

A Lei 12.212 de 25/01/2010 modifica e amplia a Tarifa Social de Energia Elétrica para as unidades consumidoras de baixa renda das classes residencial e residencial rural, que agora devem atender às seguintes condições:

1. Família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com renda familiar mensal per capita menor ou igual a meio salário mínimo nacional.
2. Família que tenha entre os moradores quem recebe o Benefício de Prestação Contingente da Assistência Social-BPC, nos termos dos arts.20 e 27 da Lei 8.742 de 27/2/1993.
3. Família inscrita no Cadastro único com renda mensal de até três salários mínimos, que tem portador de doença ou patologia cujo tratamento ou procedimento médico requerer o uso contínuo de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para seu funcionamento demandem consumo de energia elétrica.

ILUMINAÇÃO PÚBLICA: LIGUE 156 PARA A CAPITAL. DEMAIS MUNICÍPIOS, CONSULTE A PREFEITURA LOCAL.

Quem atento, economiza.

Menos dependente, menos consumidor.

Junte o maior número possível de lâmpadas e leve a loja só elas.

Menos ar-condicionado, na temperatura de 22°C, uso geral de condicionador de ar e geladeira é mais econômico.

Quanto mais tempo a gente da geladeira ficar aberta, mais eletricidade é usada e mais energia será consumida.

A elevada temperatura de agente é extremamente perigoso para provocar aumento no consumo de energia. Por isso, é preciso fazer ações e economizar em tudo que for possível. Fazendo de poucos, muitos de pouco, ar condicionado, é economia eficiente.

www.roraimaenergia.com.br Consulte a sua conta online de economia para você e sua família.

CENTRAL DE ATENDIMENTO 0800 70 19 120

DESVIAR ENERGIA É CRIME.

SEJA UM CONSUMIDOR LEGAL.
DENÚNCIAS: 0800 7019 120

ONDE PAGAR SUA CONTA
BASA - Banco do Brasil - Caixa Econômica
Sicob/Bancoob - HSBC - Bradesco - Itau
Santander - Agente Lotérico

AUTORIZAR O DÉBITO AUTOMÁTICO
É prático e seguro.

Autenticação Mecânica

PARA MAIS INFORMAÇÕES, ACESSE:
www.roraimaenergia.com.br
+ Serviços + Conteúdos + Perto de você!

SUA NOSSAS REDES SOCIAIS: www.facebook.com/roraimaenergia www.twitter.com/roraimaenergia

Autenticação Mecânica

Comprovante de Residência

Eu Igreja Ev. Pent. O Brasil Para Cristo, de
nacionalidade Brasileiro, estado civil casado,
Portador(a) do RG = 246.912/SSP-RR e CPF/CNPJ:
09.047.617/0001-37 Declaro para fins de comprovação de
residência, sob as pena da lei (Art. 2º da Lei 7.115/83),
que _____, de
nacionalidade _____, estado civil _____
Portador (a) do _____ nº _____ e CPF nº
_____ é residente e domiciliado em meu
endereço na Av. Santo Antônio, Nº 435, no Bairro
Senador Hélio Campos Boa vista – RR- Cep 69.316-408.

Por ser expressão da verdade, assumindo inteira
responsabilidade pela declaração acima sob as penas da lei,
assino para que produza seus efeitos legais.

Sérgio Ferreira da Cruz
Representante legal da Igreja

Boa vista, 03 de dezembro de 2020.



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ** 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **28/11/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE Perna ESQ** E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR. ELDER** E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **02/12/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **01 (UMA)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR. ELDER**.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

D. M. Martis
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2400



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

JESÚS MIGUEL PÉREZ LOPEZ

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: RECEPÇÃO DO HOSPITAL CORONEL MOTA

FAVOR AGENDAR A CONSULTA COM O DR:

DR. ELDER

NO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA EM: 01 (UMA) SEMANAS.

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

DATA:

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

SINATURA E CARIMBO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308, AEROPORTO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308, AEROPORTO
CEP 69.305-455

A standard linear barcode is positioned vertically along the right edge of the page.

104-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/11/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE Perna ESQ E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR. ELDER E P/ DR 0
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR. ELDER.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2036

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1^ª Classificação Reclassificação Reclassificação Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde Vermelho Vermelho Vermelho Vermelho
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Laranja Laranja Laranja Laranja
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 Amarelo Amarelo Amarelo Amarelo
Azul Ass.: Verde Verde Verde Verde
Azul Ass.: Azul Ass.: Azul Ass.: Azul Ass.

2001288441 28/11/2020 20:05:30 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 10

| | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|--|--------------|------------|-----------------|---------------|
| Paciente | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário | | | |
| JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ | 20/12/1997 | 22 A 11 M 8 D | | 70659639262 | | | | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil | Raça/Cor | Naturalidade | Nacionalidade |
| | | | | M | | PARDA | | VENEZUELA |
| Mãe | | | | | | | Contato | |
| YANETH JOSEFINA LOPEZ PEREZ | | | | | | | (95) 99117-2743 | Ocupação |
| Endereço | | | | | | | | |
| RUA - CAUBI DA SILVA - SN - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR | | | | | | | | |
| Class. de Risco | Plano Convênio | Nº da Carteira | Validade | Autorização | Sis Prenatal | | | |
| SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | | | | | | | | |
| Motivo do Atendimento | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend. | Procedência | Temp. | Peso | Pressão | | |
| ACIDENTE DE MOTO | URGÊNCIA | | | | | | | |
| Setor | | | | | | | | |
| GRANDE TRAUMA | | | | | | | | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 | | | | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) | | | | | | | | |
| Exame Físico | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | | | | | | | | |
| SADT - Exames Complementares | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON | <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE | <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> OUTROS: | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | APRAZAMENTO | | OBSERVAÇÃO | | |
| Tomografia + 1000 ml Fuso | | | | 24/02 | | | | |
| Analgescico Monitorar no C.C. | | | | Dr. Guilherme Portokaloff Cirurgião-Vascular CRM 17752 | | | | |
| Verba | | | | | | | | |
| Conduta | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <u>OPD</u> | <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : : | | | | | | | |
| Óbito | | | | | | | | |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Destino: <input type="checkbox"/> Família | <input type="checkbox"/> IMC - Informações Patológicas / / : : | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | | | |
| Impresso por: alexandro.pereira | Dr. Alexander SOARES Ortopedista e Traumatologista | | | | | | | |
| Data Hora: 28/11/2020 20:06:17 | 2001288441 | | | | | | | |
| 21:20 AO CENTRO ORTOPÉDICO | C.R. 28/11/2020 | | | | | | | |

Vascular

28/11/20

Avulsão no C.C.

Paciente vítima de esmagamento (Acidente Trabalho)
do membro inferior esquerdo

Movimento inviolável Pé/Kromogel/ fuso distal.

Pé da ferida Ponto mole/ Omeô/ feruloseis.

Indúio e opção ponto com a extirpação cervical
de amputação Fim ébia fechada.

Aduio o termo para o ps. Famílias vizinhas
da província e autorizam a cirurgia.

Dr Guilherme Bortolan
Clínica Vascular
CRM 1752



Anexo I

| | | | | |
|---|---------------------|---|--|---|
| SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2 - CNES | | |
| HGA | | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO | | |
| Jesús Miguel Perez Lopez | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | |
| | | 20/12/97 | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 9 - SEXO | | |
| | | Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 11 - FONE DE CONTATO Nº DO FONE | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | |
| Procurante vítima de acidente automobilístico com amputação traumática de perna esquerda. Realizada Ressecção de coto | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | |
| À DIREITA | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | |
| Exame fígico mais Rx | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO |
| Amputação traumática de perna | | | | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| Ressecção de coto | | | | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | 28 - DOCUMENTO |
| | | | | (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF |
| 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | |
| DR. Elder Soares | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| | | 33/12/20 | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 35 - CNPJ DA SEGUROORA |
| (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | 36 - CNPJ EMPRESA |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR | | (<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO (<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO (<input type="checkbox"/>) APOSENTADO (<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | AUTORIZAÇÃO | | |
| | | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | | |
| 45 - DOCUMENTO | | 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF | | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| 10/11/20 | | 0408050330 5881 ✓99 | | |



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/02/2021 O.S.

Juscelino
Pneu Lateral

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Amputação Traumática

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: de Perna Enquadrada

TIPO DE INTERVENÇÃO: Regulação de coto

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: DR. Elder Soares 1º AUXILIAR: DR. Guilherme

2º AUXILIAR: DR. Lucimir Viana INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Pct. m DPH sob Roque onustico
② A desgusc + cont: osseos
③ compõe rotulos
④ visão periférica exposta de ossos da perna
enquadrada distal com lesão grave de
softs moles, vasculas e fundo ósseo.
optado pelo avulsão da cintura vascular
que também concordam com lesão
grave, impossível de reabilitar. Dendo
assim, optado pelo Regulação de
coto
⑤ Regulação de coto. Pós incisão em
boca de pire
⑥ LNC + sutura
⑦ curativo composto VQ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Patrimônio dos Brasileiros

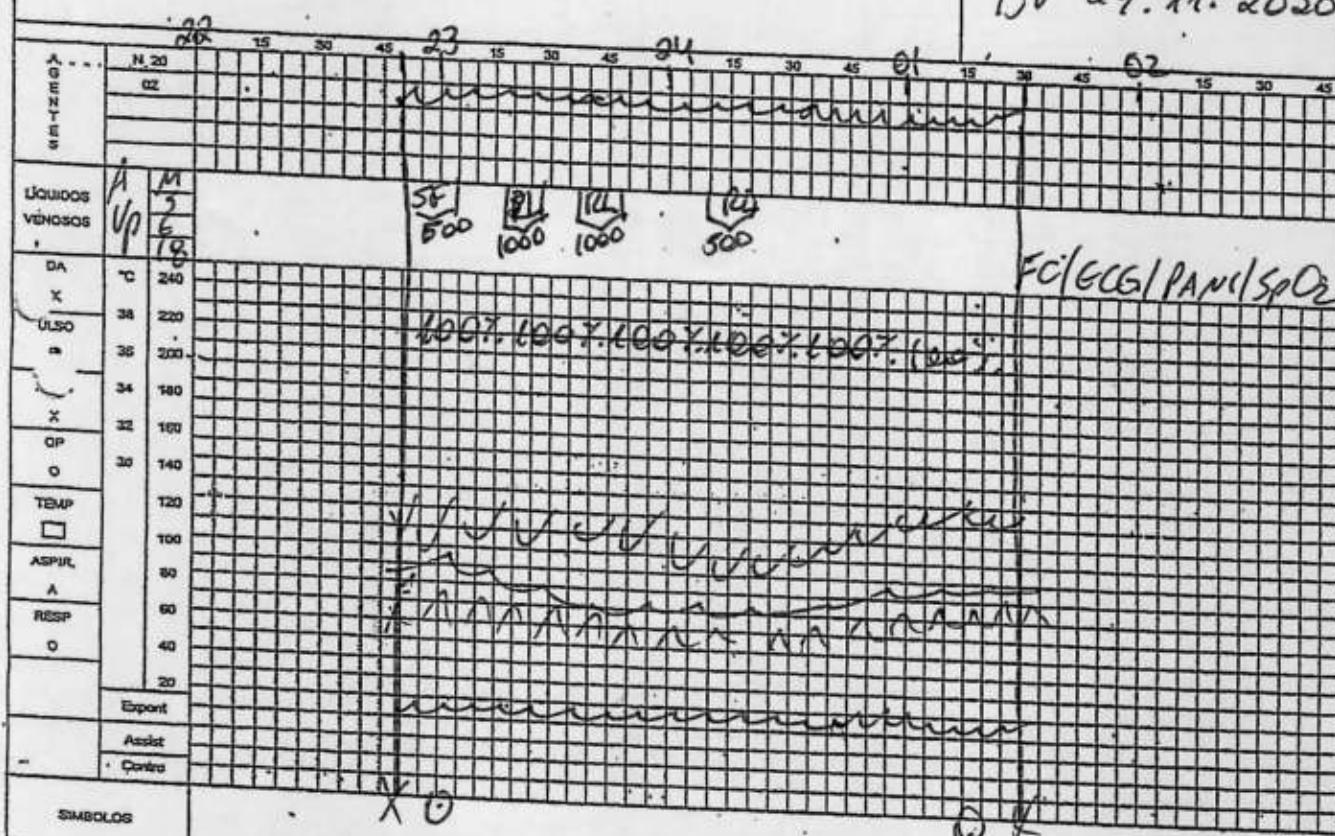
HGR - Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Jesus Miguel Perez Lopez, 22 anos - P1(E) / Alergia φ.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº BV 29.11.2020



| ANESTÉSICOS | | TÉCNICA | ANOTACÕES |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| A. Univentalina 20mg | DOSSES | | X - Monitorização e |
| B. Testofetima 02g | | Raqui-anestesia hiper | cheagem de equipa- |
| C. Entanil 100mcg | | hética bombas | mentos, drogas e renôclive. |
| D. Midazolam 05mg | | Simples, L 3/L4, | . |
| E. Flaxil 10mg | | mediana, as 26 | X - a SRPA. |
| F. Bromopropida 10mg | | E. quirúrgic. L 12/13 clav. | . |
| G. Tenectetam 40mg | | Int. A. 1/Int. | . |
| GUÍCOSSE | LÍQUIDOS | Expon. | . |
| INOD | Urinaria 01g | Cácula - Naso / Oro Paringá | |
| SANGUE | Thaleral 100ml | Naso / Oronasal - Cega | |
| | SF 0,9% 500 ml + R102500ml | Bal - Tamo - Colore do Tubo | |
| TOTAL | | Bob Máscara | |
| OPERAÇÃO | | Dificuldade Técnica | |
| ANESTESISTA | (Assinatura) | TEMPO DE ANESTESIA | |
| | | 22:50h - Pt, 30m | |
| | | | Laringo - Espasmo - Excesso Seco |
| | | | Depressão Respiratória - Hipoxia |
| | | | "Bucking" - Vômito |
| | | | Hemorragia - Arterial |
| | | | Bredd Taquicardia - Choque |
| | | CÓDIGO | CIRURGÃO |
| | | | Dr Guilherme (C. Vascular) |
| | | | PÉRDA SANGUÍNEA |
| | | | Compreativel |

Dr. Milder (Ortopédio)

Dr. Célio Rodrigues Wanderley Jr.
CRM-RR 1580 RQE 762
Anestesiologista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

20/12/97

22 anos

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| NOME DO PACIENTE <i>Jesus Miguel Perez Robles</i> | APT OU LEITO <i>GT</i> | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA <i>28 111 120</i> | | |
|--|------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---|-------|
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO <i>Amputação MIE (TN2)</i> | TEMPO DE DURAÇÃO | | | | |
| | INICIO <i>23:15</i> | FIM <i>01:20</i> | TEMPO TOTAL | | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO <i>Helder</i> | ANESTESISTA: <i>celio</i> | | | | |
| 1º AUXILIAR <i>Rommir</i> | RES. ANESTESIA: | | | | |
| 2º AUXILIAR <i>—</i> | INSTRUMENTADOR | | | | |
| CIRCULANTE <i>claudenir + leales</i> | | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: <i>narco da 23h5</i> | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | |
| INT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml | |
| <input type="checkbox"/> | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.5 | | <input type="checkbox"/> | FIO VICRYL Nº 2-0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | <input type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 2-0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| <input type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURI Nº 15 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE SUCCÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 01ML | | 150ml | <i>álcool a 70%</i> <i>elotnodos</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 03ML | | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>CATETER O2</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML | | <input type="checkbox"/> | <i>ATADURA CEFALON 17x17</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 10ML | | <input type="checkbox"/> | <i>PUPU - Dicumarolite</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 20ML | | 150ml | OÚTROS: <i>cloro xidene</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>equipo maeno</i> | | 150ml | | |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR |
|---|---|---------------------------------------|------------|
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE <i>Ulijanil + Solange</i> | MATERIAL MEDICAMENTOS | SUB- TOTAL |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA <i>—</i> | TAXA DE SALA | |
| | | TAXA DE ANESTESIA | |
| | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | SOMA |



Enfermeiro (a): *Stéfane*

Hora: 22:55 Data: 28/11/20

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO D'A ATENÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
|---|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda | () Manter grades elevada na RPA | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração | () Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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) | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemias Instáveis Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia | () Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) () Realizar controle de débito de glicemias capilar, se prescrito. Comunicar-se abaixo se 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele | () Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada | () Proporcionar alinhamento do corpo do paciente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda | () Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor e promover conforto | () Administrar medicação conforme prescrição médica | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle/Ausência de náusea | () Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas () Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade | () Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica | () Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada | () Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório | |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | | |
| <i>22h55 admittido na SO4, parado para sua operatória, monitorizado com cardiofrequenciómetro + oximétrico + PR. realizada hipertermia sem intocinções.</i> | | |
| Responsável: | | |



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Jesus Miguel Perez Lopez
Responsável Cirúrgico Adriano Oliveira

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

- () Aplica () Não se Aplica
() Sim () Não () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- () VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXIMENTRO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

- () Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 08/02/2021 Assinatura Joao Alves Barbosa Filho Hora: 10:45

() Sim
() Não se aplica

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Adriano

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, 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 (incluindo o nome do 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 preoccupiedes

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

() Não Não se Aplica
Qual: Intubação Hora: 10:45

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
 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

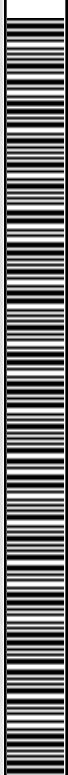
() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Não Não se Aplica

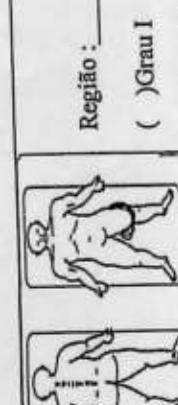
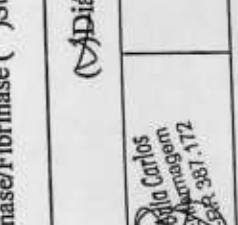
() Não Não se Aplica

Joao Alves Barbosa Filho
Assinatura e Carimbo



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ60MP 6H76L PCK8F 38NPFY



| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---------------------|
| Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR | | Protocolo nº 1 | Versão:09 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 03/2020 |
| Paciente: Jesus Miguel Paix Leito: 104-1 | | DN: | Data:01/02/2020 | Hora: | |
| Localização |  | Região : <u>M. T. E</u> |  | Região : | |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : _____ <input type="checkbox"/> Ferida operatória ()Outro: <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ()Esfacelo ()Gramulhação ()Epitelização ()Ferida fechada | <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia ()DM ()Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : _____ <input type="checkbox"/> Ferida operatória ()Outro: <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ()Esfacelo ()Granulação ()Epitelização ()Ferida Fechada | <input type="checkbox"/> Queimadura ()Cirurgia ()DM ()Vascular <input type="checkbox"/> Tracão _____ <input type="checkbox"/> Fixador Externo ()Outro: <input type="checkbox"/> Amarela/Negra ()Esfacelo ()Granulação ()Epitelização ()Ferida Fechada | |
| Aparência do Leito | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Macerado ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ()Macerado ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Normal ()Macerado ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | |
| Pele Perilesional |  |  |  |  | |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso ()Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso ()Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | |
| Solução de Limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ()Álcool 70% | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ()Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Gaze ()Colagenase/Fibrinase ()Sulfadiazina de Prata ()Hidrogel ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze ()Colagenase/Fibrinase ()Sulfadiazina de Prata ()Hidrogel ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | |
| Troca | ()12/12 | ()Diário | ()48/48h | ()12/12 | ()Diário ()48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: |  Carlos Benedito da Cunha Borges COFENESP 381.172 | | | | |
| Observações: | | | | | |



104 ✓

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------|------|------------|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PREScrição MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | | |
| PACIENTE JESUS MIGUEL PEREZ LOPES | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | AMP TRAUMATICA Perna Esq | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | | LEITO | 104-1 | DATA | 30/11/2020 |
| ITEM | PREScrição | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV 8/8H | | | | |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H | | | | 6 12 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | 12/30 |
| 7 | ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 10 | IMIPENEM 500MG EV 6/6H | | | | 6 12 18 24 |
| 11 | CURATIVO DIARIO | | | | CURATIVO |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 23 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. | | | | | |
| # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS | | | | | |

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | - |
|---------------|--------|----|----|--------|---|
| 6 H | 130x60 | 74 | - | 36,0°C | |
| 12 H | 125x69 | 90 | - | 35,6°C | |
| 18 H | 150x70 | 91 | - | 36,0°C | |
| 24 H | 97x55 | 84 | - | 36,5°C | = |

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

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| Data: <u>01/02/20</u> | Enfermaria: <u>J04-1</u> | Leito: | | | |
| Nome Completo: <u>Jesús Miguel Pérez Lopez</u> | | | DN: <u>/ /</u> | | |
| Hipótese Diagnóstica: | | | | | |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual (is): _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Paciente Indígena: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma: _____ Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____ Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida: _____ | | | | | |
| SISTEMA NEURÓLOGO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Consciente | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Agitado | <input type="checkbox"/> Não Reage | <input type="checkbox"/> Alterações: |
| PUPILAS | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente | <input type="checkbox"/> Mióticas | <input type="checkbox"/> Midriática | <input checked="" type="checkbox"/> Afebril | <input type="checkbox"/> Febril | <input type="checkbox"/> Hipertérmico |
| <input type="checkbox"/> Isocônicas | <input type="checkbox"/> Anisocônicas | <input type="checkbox"/> Não reagentes | <input type="checkbox"/> Alterações: | | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Dispneico | <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente | <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração |
| Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual: _____ | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Taquicárdico | <input checked="" type="checkbox"/> REGULAÇÃO ABDOMINAL | | |
| <input type="checkbox"/> Pulso Cheio | <input type="checkbox"/> Fíliforme | <input type="checkbox"/> Arritmico | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso | <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Globoso |
| Exame Físico: | Bulhas Cardiacas: | Pulso: | Ruídos Hidroaéreos: | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente |
| ALTERAÇÕES: | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea | <input type="checkbox"/> SVD | <input type="checkbox"/> Fralda | <input type="checkbox"/> Uropen | <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL | |
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Oligúria | <input type="checkbox"/> Cistostomia | <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG/SOG | <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT |
| Acepção da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial | | | | | |
| Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia | | | | | |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Ictérica | <input type="checkbox"/> Anictérica | <input type="checkbox"/> Alterações: | | |
| <input type="checkbox"/> Lesão por pressão: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Região: _____ | | | Risco de Lesão Sinalizado: _____ |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hidratada | <input type="checkbox"/> Desidratada | <input type="checkbox"/> Ressecada | <input type="checkbox"/> Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Ictérica | <input type="checkbox"/> Anictérica | <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS ... | | | | | |
| Cateter Periférico: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: <u>M21</u> | Data: _____ | Trocar em: _____ | |
| Cateter Central: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | Curativo realizado em: _____ | Trocar em: _____ | |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | |
| Dreno de: | Aspecto da secreção: _____ | | | | Quantidade: _____ |
| Curativos: | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: _____ | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Quedas | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada | <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de constipação | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado | | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | | | | |
| Escala de Morse | | | | | |
| Prescrição de Cuidado Prev Quedas | | | | | |
| 1. Histórico de Queda | | 6. Estado Mental | <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas | | |
| Não | 0 | Orientado/limitado/conhece as limitações | <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação | | |
| Sim | 25 | Superestima capacidade/Esquece limitação | 0 | <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene | |
| TOTAL: | | | | | |
| Não | 0 | Risco Baixo: 0 - 24 | <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama | | |
| Sim | 15 | Risco Médio: 25 - 44 | <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas | | |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | | | | |
| Não | 0 | Risco Alto: Maior que 45 | <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito | | |
| Sim | 20 | Sinalização do Risco: | <input type="checkbox"/> Manter vigilância de / horas. | | |
| 4. Auxílio na Deambulação | | | | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado | 0 | <input type="checkbox"/> Risco sinalizado no quadro do posto/enfermagem | <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés | | |
| Muleta/Bengala/Andador | 15 | <input type="checkbox"/> Risco registrado na placa de identificação leito | <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão | | |
| Mobilírio Parede | 30 | | <input type="checkbox"/> | | |
| Registro Geral: | | | | | |
| <u>Com paciente no leito jdm</u> <u>Quando alguma vez sentiu dor na</u> <u>área membro, BEG, degelo, etc)</u> <u>Assinatura:</u> <u>Enfermeiro Assinatura e Carimbo:</u> | | | | | |

MANEJO DA NEUTROPIA ASSISTIDA SISTEMATIZADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCO A/B/C/D/E/F



**ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**



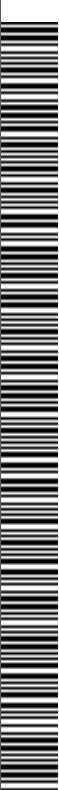
EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|---|
| 01.12.20 | 304-1 Tomar Miguel Pêrez Lopez, 22 anos. |
| | <p>Paciente jovem, vítima de acidente de moto que se submetido a procedimento cirúrgico de amputação de membro inferior esquerdo na escala estava acompanhado pela namorada, consciente, interagindo adequadamente com o ambiente. Dadas algumas orientações, retornou em seu momento para continuidade do atendimento psicológico</p> <p style="text-align: right;">ESTADAL Psiologista CRP-20/810</p> |





| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------|---------------------|--|--|-----------------------------|--|--|---------------|---|---|---|---|--|--|--------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|--|----------------------------------|------------|----------------------------------|----------------------------------|--|--|
| HGR HOSPITAL GERAL DE Ribeirão Preto | Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR | Protocolo nº 1 | Versão:09 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 03/2020 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Paciente: <u>Jesus Miquele</u> | DN: | Data: <u>30/11/2020</u> | Hora: : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grau I</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Grau II</td> <td><input type="checkbox"/> Grau I</td> <td><input type="checkbox"/> Grau II</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Grau I | <input checked="" type="checkbox"/> Grau II | <input type="checkbox"/> Grau I | <input type="checkbox"/> Grau II | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Grau I | <input checked="" type="checkbox"/> Grau II | <input type="checkbox"/> Grau I | <input type="checkbox"/> Grau II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</td> <td><input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</td> <td><input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</td> <td><input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>() Trauma : _____</td> <td>() Fixador Externo () Ortopedia</td> <td>() Trauma : _____</td> <td>() Fixador Externo () Ortopedia</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>() Ferida operatória () Outro.</td> <td>() Outro.</td> <td>() Ferida operatória () Outro.</td> <td>() Ferida operatória () Outro.</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | | | () Trauma : _____ | () Fixador Externo () Ortopedia | () Trauma : _____ | () Fixador Externo () Ortopedia | | | () Ferida operatória () Outro. | () Outro. | () Ferida operatória () Outro. | () Ferida operatória () Outro. | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Trauma : _____ | () Fixador Externo () Ortopedia | () Trauma : _____ | () Fixador Externo () Ortopedia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Ferida operatória () Outro. | () Outro. | () Ferida operatória () Outro. | () Ferida operatória () Outro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</td> <td><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</td> <td><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</td> <td><input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>() Férula Fechada</td> <td>() Férula Fechada</td> <td>() Férula Fechada</td> <td>() Férula Fechada</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | | | () Férula Fechada | () Férula Fechada | () Férula Fechada | () Férula Fechada | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Férula Fechada | () Férula Fechada | () Férula Fechada | () Férula Fechada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</td> <td><input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</td> <td><input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</td> <td><input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>() outro:</td> <td>() outro:</td> <td>() outro:</td> <td>() outro:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | | | () outro: | () outro: | () outro: | () outro: | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | <input type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () outro: | () outro: | () outro: | () outro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</td> <td><input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</td> <td><input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</td> <td><input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>() Outro:</td> <td>() Outro:</td> <td>() Outro:</td> <td>() Outro:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | | | () Outro: | () Outro: | () Outro: | () Outro: | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | <input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Outro: | () Outro: | () Outro: | () Outro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco</td> <td><input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco</td> <td><input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco</td> <td><input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | <input type="checkbox"/> Molhado () Únido () Seco | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</td> <td><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</td> <td><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</td> <td><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</td> <td><input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</td> <td><input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</td> <td><input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>() Outro:</td> <td>() Outro:</td> <td>() Outro:</td> <td>() Outro:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | | | () Outro: | () Outro: | () Outro: | () Outro: | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| () Outro: | () Outro: | () Outro: | () Outro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h</td> <td><input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h</td> <td><input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h</td> <td><input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 () Diário () 48/48h | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531</td> <td><input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531</td> <td><input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531</td> <td><input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | <input type="checkbox"/> Selo Paulista F. da Silva () Alves Mogo () Corrêa de Oliveira () Teixeira () Tavares () 934-531 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Região : <u>MIE (costo)</u></td> <td></td> <td></td> <td>Região: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Observações:</td> <td><input type="checkbox"/> Observações:</td> <td><input type="checkbox"/> Observações:</td> <td><input type="checkbox"/> Observações:</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | | | | | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | <input type="checkbox"/> Observações: | <input type="checkbox"/> Observações: | <input type="checkbox"/> Observações: | <input type="checkbox"/> Observações: | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Região : <u>MIE (costo)</u> | | | Região: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Observações: | <input type="checkbox"/> Observações: | <input type="checkbox"/> Observações: | <input type="checkbox"/> Observações: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Joao

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----|------|-----|-------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | <i>Joao Alves Barbosa Filho</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO | <i>Acidente traumático torax (L1)</i> | | | | |
| ALERGIAS | <i>()</i> | | HAS | DM2 | |
| IDADE | LEITO | | DATA | | 29/11/2020 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA | | | | 6 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H | | | | 6/12 18:24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100 ML SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 10 | <i>Insulina 50UI EV 6/6H</i> | | | | <i>6/12 18:24</i> |
| 11 | CURATIVO DIARIO | | | | CURATIVO |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% ± 0 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITA | PA | FC | FR | TEMP | SPO2 |
|-------------|--------|-----|----|-------|------|
| 6 H | 100/78 | 70 | | 36C | |
| 12 H | 101/60 | 116 | 21 | 36.6 | 98% |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | 102/70 | 98 | 21 | 36.7C | |

DX 102
Joao Alves Barbosa Filho



104-1



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



| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | |
|------------------|---|-----------------------|-------------------|---------|
| PACIENTE | José Miguel Pmuz Lopez | | | |
| AGNÓSTICO | A mputação traumática do Perno Esq | | | |
| ALERGIAS | HAS | NEGA | DM2 | |
| IDADE | LEITO | | DATA 28/07/120 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | C Zera, liberdade cdm | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | manter: | | |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N de 4x4 h | 0Z 06-07-12-14 | | |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | 24-08-12-14 | | |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | 06 | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | S/N | | |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | — | | |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | 0Z-0G-14 | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | S/N | | |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | suspensão | | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | S/N | | |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | Ketorolac | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | Ketorolac | | |
| 15 | Tinopin 500mg EV de 616h | 24-06-12 | | |
| 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/MIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA**

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|----|----|----|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | / | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

**MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

PA: 110K83

•FC = 13%

P. 20

Winko: 123

30.00
COREN-RR 000.555.955

08/02/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

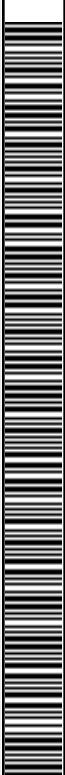
08/02/2021

RECEBIDO DIA 08/02/2021

ANEXO 1

08/02/2021

08/02/2021





ESTADO DE RORAIMA

*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DESTINAÇÃO DE MEMBRO AMPUTADO)**

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente Jairus Miguel Perez Lopez Bloco/setor PAAR Leito _____
Data de Nascimento: 20 / 12 / 1997

Membro Amputado: Membro inferior esquerdo Data da Amputação: 29 / 11 / 2020

O (A) Paciente Jairus Miguel Perez Lopez, ou seu responsável Miguel Angel Perez Baneto declara para todos os fins legais que foi informado pessoalmente pelo profissional Assistente social do Hospital Geral de Roraima – HGR sobre as possibilidades de destinação do membro amputado, que são: o material (membro amputado) pode ser ele (paciente ou responsável) requisitando para destinação em cemitério licenciado ou cremação ou o paciente e ou responsável pode renunciar a esse direito, ficando sob responsabilidade do Hospital dar o destino adequado conforme determina a legislação.

Desta forma opto pela opção de:

RENUNCIAR ao direito de requisição do membro amputado, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04, 222/18 e CONAMA 358/05.

REQUERER o membro amputado, responsabilizando-me em dar a correta destinação ao membro amputado, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o Hospital de responsabilidade civil e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo.

BOA VISTA - RR, 29 de Novembro de 2020

Paciente: _____

Responsável pelo paciente: Miguel Perez Assinatura
Miguel Perez Assinatura

Testemunhas: _____

Assinatura

OBS: 1. Após assinado o referido termo deverá ser devidamente encaminhado ao serviço de arquivo Médico (SAME) para ser arquivado no prontuário do paciente.
2. O Relatório Médico deverá ser anexado a esse termo.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – PRONTO ATENDIMENTO AIRTON
ROCHA**

Paciente: JESUS MIGUEL PEREZ

RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE:

-
-

AUTORIZAM A EQUIPE DA CIRURGIA VASCULAR DESTE HOSPITAL A
REALIZAÇÃO DA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

MOTIVO: ACIDENTE GRAVE COM ESMAGAMENTO, PERDA DE TECIDO OSSEO
E PARTES MOLES DOS PODODÁCTILOS, MEDIO, RETRO PÉ E TORNOZELO.
MEMBRO INVÍAVEL

Este Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou
ao seu responsável/representante legal, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e
objetivos do procedimento cirúrgico para amputação de membros ao qual o paciente
será submetido.

Nome do Médico: EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR + ORTOPEDIA.

BOA VISTA, 28 DE NOVEMBRO DE 2020.

ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: Jesus Miguel Perez Lopez

Encaminho numero 70910
enquanto pi suplemento
paciente vítima de trauma
automobilístico em pneu
enquanto com fratura
uxoso grave (lesão de tecidos
molos e vasculas). Foi avaliado
pelo oftal. Dr. Cirurgico vascular
que constataram lesão intima
vd de terço distal da perna.
enquanto

DATA 29/01/20

ASSINATURA E CARIMB

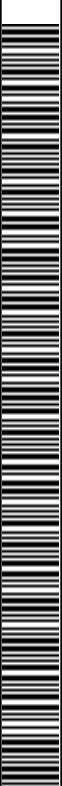
Hospital Geral de Roraima

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto

CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR. Fone: (0xx95) 2121.0638



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjri.jus.br/prjguidi/> - Identificador: PJ6MP 6H76L PCk8F 38NPY



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200460916 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL). ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

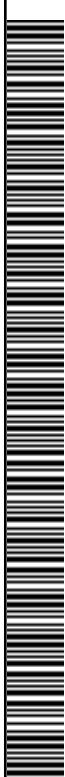
Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau intenso - 75 % | 52,5% | R\$ 7.087,50 |
| | | Total | 52,5 % | R\$ 7.087,50 |





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: **JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ** 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: **28/11/2020**, COM
DIAGNÓSTICO DE **AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE Perna ESQ** E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR **DR. ELDER** E P/ DR 0
RECEBE **ALTA HOSPITALAR** NO DIA **02/12/2020** ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O **AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA** NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM **01 (UMA)** SEMANAS, COM O
DOUTOR **DR. ELDER**.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

D. M. Martis
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2400



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

RECEITUÁRIO

Nome: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: RECEPÇÃO DO HOSPITAL CORONEL MOTA
SOLICITO

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PARA: HOSPITAL CORONEL MOTA

FAVOR AGENDAR A CONSULTA COM O DR:

DR. ELDER

NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL
CORONEL MOTA EM: 01 (UMA) SEMANAS.

RADIOGRAFIA DE :

PERNA ESQ

AP E PERFIL

DATA: quartafeira, 2 de dezembro de 2020
Dr. Elder
Coronel Mota 01/12/2020

ASSINATURA E CARIMBO

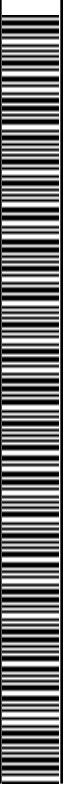
DATA: quartafeira, 2 de dezembro de 2020
Dr. Elder
Coronel Mota 01/12/2020

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308, AEROPORTO
CEP 69.305-455

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308, AEROPORTO
CEP 69.305-455

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308, AEROPORTO
CEP 69.305-455



104-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/INSS

PACIENTE: JESUS MIGUEL PEREZ LOPEZ 0
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 28/11/2020, COM
DIAGNÓSTICO DE AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE Perna ESQ E NO DIA
28/11/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TRATAMENTO CIRURGICO SENDO
OPERADO PELO DOUTOR DR. ELDER E P/ DR 0
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/12/2020 ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA DEVENDO SER AGENDADA EM 01 (UMA) SEMANAS, COM O
DOUTOR DR. ELDER.

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALA SOB ORIENTAÇÃO DO DR. VITOR MONTENEGRO

quarta-feira, 2 de dezembro de 2020

Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RR

Don Martins
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2036

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gómez, 3308

1ª Classificação Reclassificação _____
_____ Vermelho
_____ Laranja
_____ Amarelo
_____ Verde
_____ Azul Ass.:

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass:

Vascular

28/11/20

Avulsão no C.C.

Paciente vítima de esmagamento (Acidente Trabalho)
do membro inferior esquerdo

Movimento inviolável Pé/Kromogel/ fuso distal.

Ponta de tecido Ponto mole/ Ossos fraturados.

Induziu o ósso ponto com a extirpação cervical
de amputação Fissura fibular fechada.

Aplicou termo para o pt. Famílias vizinhas
da província e autorizam a cura.

Dr Guilherme Bortolan
Clínica Vascular
CRM 1752



Anexo I

| | | | | |
|---|---------------------|---|--|--|
| SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2 - CNES | | |
| HGA | | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | | |
| Identificação do Paciente | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - N° DO PRONTUÁRIO | | |
| Jesús Miguel Perez Lopez | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | |
| | | 02/32/97 | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 9 - SEXO | | |
| | | Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3 | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 11 - FONE DE CONTATO Nº DO FONE | | |
| | | DDD | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | |
| Procurante vítima de acidente automobilístico com amputação traumática de perna esquerda. Realizada Ressecção de coto | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | |
| À DIREITA | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | |
| Exame fígico mais Rx | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO |
| Amputação traumática de perna | | | | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| Ressecção de coto | | | | |
| 26 - CLÍNICA | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | 28 - DOCUMENTO |
| | | | | (<input checked="" type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF |
| 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | |
| DR. Elder Soares | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |
| | | 33/23/20 | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS) | | | | |
| 33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 35 - CNPJ DA SEGUROADORA |
| 36 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | 37 - N° DO BILHETE |
| 38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | 39 - CNPJ EMPRESA | | 40 - SÉRIE |
| (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR | | (<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO (<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO | | 41 - CBOR |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR |
| (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR | | | | 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
| 46 - DOCUMENTO | | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF | | 08/11/20 | | 0408050330 5881 ✓99 |
| 49 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | |
| 50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | |



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 29/02/2021 O.S.

Juscelino
Pneu Lateral

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Amputação Traumática

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: de Perna Enquadrada

TIPO DE INTERVENÇÃO: Regulação de coto

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: DR. Elder Soares 1º AUXILIAR: DR. Guilherme

2º AUXILIAR: DR. Lucimir Viana INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

INÍCIO: FIM: DURAÇÃO

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Pct. m DPH sob Roque onustico
② A desgusc + cont: osseos
③ compõe rotulos
④ visão periférica exposta de ossos da perna
enquadrada distal com lesão grave de
softs moles, vasculas e fundo ósseo.
optado pelo avulsão da cintura vascular
que também concordam com lesão
grave, impossível de reabilitar. Dendo
assim, optado pelo Regulação de
coto
⑤ Regulação de coto. Pós incisão em
boca de pire
⑥ LNC + sutura
⑦ curativo composto VQ



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Patrimônio dos Brasileiros

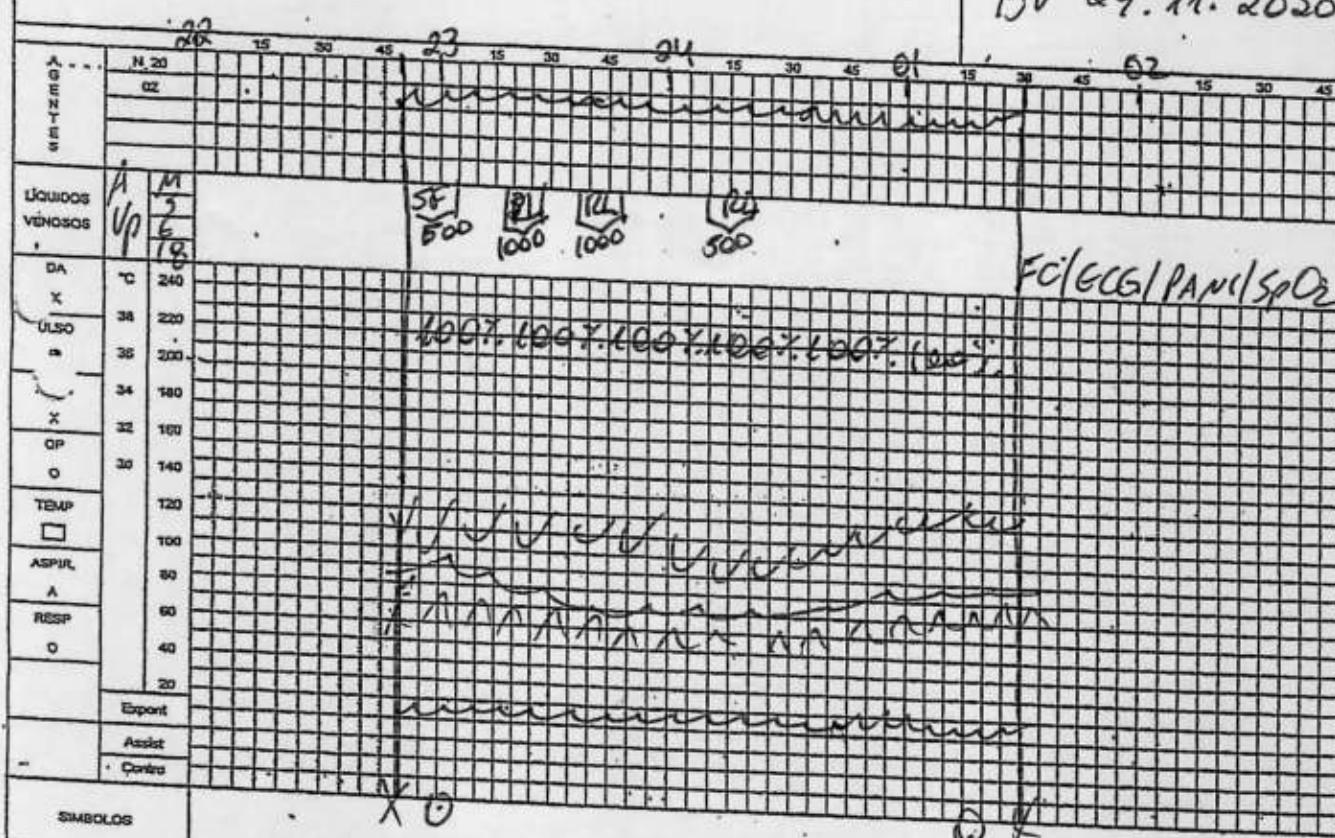
HGR - Emergência

FICHA DE ANESTESIA

Jesus Miguel Perez Lopez, 22 anos - P₁(E) / Alergia φ.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº BV 29.11.2020



| ANESTÉSICOS | | TÉCNICA | ANOTACÕES |
|----------------------|-------------------------------|------------------------------------|---|
| A. Univentalina 20mg | DOSSES | | X - Monitorização e checagem de equipamentos, drogas e renôclise. |
| B. Testofetima 02g | | Raqui-anestesia hiperbólica lombas | |
| C. Entanil 100mcg | | Simples, L3/L4, mediana, as 26 | |
| D. Midazolam 05mg | | E. quirúrgico. L7/L8 cloro | |
| E. Flaxil 10mg | | IAT, A. 1/4 int. | |
| F. Bromopropida 10mg | | Expon. | X - a SRPA. |
| G. Tenectetam 40mg | LÍQUIDOS | Catéter Nasal + Oz | |
| GUICÔNE | | Nasal | |
| INDO | Univentalina 01g | | |
| SANGUE | Thamal 100ml | | |
| | SF 0,9% 500ml + Ringer 2500ml | | |
| TOTAL | | TEMPO DE ANESTESIA | |
| OPERAÇÃO | | 22:50h - Pt, 30m | |
| ANESTESISTA | (Assinatura) | CÓDIGO | CIRURGÃO |
| | | | Dr Guilherme (C. Vascular) Complicável |
| | | | Dr Milder (Ortopédio) |
| | | | PÉRDA SANGUÍNEA |

Dr Célio Rodrigues Wanderley Jr.
CRM-RR 1580 RQE 762
Anestesiologista



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

20/12/97

22 anos

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| NOME DO PACIENTE <i>Jesus Miguel Perez Robles</i> | APT OU LEITO <i>GT</i> | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA <i>28 111 120</i> | | |
|--|------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------|
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO <i>Amputação MIE (TN2)</i> | TEMPO DE DURAÇÃO | | | | |
| | INICIO <i>23:15</i> | FIM <i>01:20</i> | TEMPO TOTAL | | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO <i>Helder</i> | ANESTESISTA: <i>celio</i> | | | | |
| 1º AUXILIAR <i>Rommir</i> | RES. ANESTESIA: | | | | |
| 2º AUXILIAR <i>—</i> | INSTRUMENTADOR | | | | |
| CIRCULANTE <i>claudenir + leales</i> | | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: <i>narco da 23h5</i> | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | |
| INT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | <input checked="" type="checkbox"/> | FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml | |
| <input type="checkbox"/> | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| <input type="checkbox"/> | LUVA ESTERIL 7.5 | | <input type="checkbox"/> | FIO VICRYL Nº 2-0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | <input type="checkbox"/> | FIO MONONYLON Nº 2-0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| <input type="checkbox"/> | LÂMINA BISTURI Nº 15 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE SUCCÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| <input type="checkbox"/> | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 01ML | | 150ml | <i>álcool a 70% elotnodos</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 03ML | | <input checked="" type="checkbox"/> | <i>cáteter O2</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 05 ML | | <input type="checkbox"/> | <i>atadura gelcom 17x17</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 10ML | | <input type="checkbox"/> | <i>pipi - dilatamolite</i> | |
| <input type="checkbox"/> | SERINGA 20ML | | 150ml | <i>OUTROS: clorexidene</i> | |
| <input type="checkbox"/> | <i>equipo maeno</i> | | 150ml | | |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | VALOR |
|---|---|----------------------------|------------|
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE <i>Ulijanil + Solange</i> | MATERIAL MEDICAMENTOS | SUB- TOTAL |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA <i>—</i> | TAXA DE SALA | |
| | | TAXA DE ANESTESIA | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | SOMA |



Enfermeiro (a): *Stéfane*

Hora: 22:55 Data: 28/11/20

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO D'A ATENÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM |
|---|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Queda Prevenir queda | () Manter grades elevada na RPA | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração | () Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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) | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemias Instáveis Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia | () Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) () Realizar controle de débito de glicemias capilar, se prescrito. Comunicar-se abaixo se 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele | () Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física prejudicada | () Proporcionar alinhamento do corpo do paciente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda | () Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Controle da dor e promover conforto | () Administrar medicação conforme prescrição médica | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Náuseas Controle/Ausência de náusea | () Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas () Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade Controle de ansiedade | () Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente | <i>22:55</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Confusão Aguda / Crônica | () Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comunicação Verbal prejudicada | () Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós-operatório | |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM | | |
| <i>22h55 admittido na SO4, parado para sua operatória, monitorizado com cardiofrequenciómetro + oximétrico + PR. realizada hiperoxigenação sem intercorrências.</i> | | |
| Responsável: | | |



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Jesus Miguel Perez Lopez
Responsável Cirúrgico Adriano Oliveira

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

() OXIMENTRO 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 SANGUÍNEA > 500 ml

- () Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 1 / 1 Assinatura _____ Hora: : :

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Adriano

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, 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 preoccupiedes

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

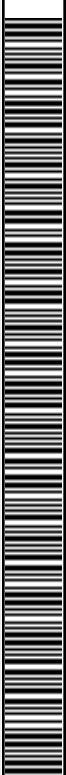
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não Não

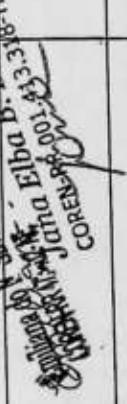
() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
() Sim () Não Não se Aplica

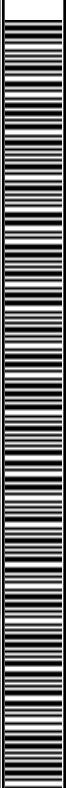
Assinatura
Assinatura e Carimbo



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ60MP 6H76L PCK8F 38NPFY



| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---------------------|
| Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR | | Protocolo nº 1 | Versão:09 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 03/2020 |
| Paciente: Jesus Miguel Paix Leito: 104-1 | | DN: | Data:01/02/2020 | Hora: | |
| Localização |  | Região : <u>M. T. E</u> |  | Região : | |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : _____ <input type="checkbox"/> Ferida operatória ()Outro: <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ()Esfacelo ()Gramulhação ()Epitelização ()Ferida fechada | <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia ()DM ()Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia | <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Trauma : _____ <input type="checkbox"/> Ferida operatória ()Outro: <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra ()Esfacelo ()Granulação ()Epitelização ()Ferida Fechada | <input type="checkbox"/> Queimadura ()Cirurgia ()DM ()Vascular <input type="checkbox"/> Tracão _____ <input type="checkbox"/> Fixador Externo ()Outro: <input type="checkbox"/> Amarela/Negra ()Esfacelo ()Granulação ()Epitelização ()Ferida Fechada | |
| Aparência do Leito | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Macerado ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Normal ()Macerado ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Normal ()Macerado ()seca ()Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> outro: _____ | |
| Pele Perilesional |  |  |  |  | |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso ()Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento ()Seroso ()Sanguinolento ()Serossanguíneo ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | <input type="checkbox"/> Molhado ()Úmido ()Seco | |
| Solução de Limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ()Álcool 70% | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% ()Álcool 70% | <input type="checkbox"/> Gaze ()Colagenase/Fibrinase ()Sulfadiazina de Prata ()Hidrogel ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | <input type="checkbox"/> Gaze ()Colagenase/Fibrinase ()Sulfadiazina de Prata ()Hidrogel ()Outro: <input type="checkbox"/> outro: _____ | |
| Cobertura primária | <input type="checkbox"/> Trocada ()12/12 ()Diário ()48/48h | <input type="checkbox"/> Trocada ()12/12 ()Diário ()48/48h | <input type="checkbox"/> Trocada ()12/12 ()Diário ()48/48h | <input type="checkbox"/> Trocada ()12/12 ()Diário ()48/48h | |
| Profissional que realizou procedimento: |  Carlos Benedito da Cunha Borges Técnico de Enfermagem COREN-SP 381.172 | | | | |
| Observações: | | | | | |



104 ✓

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|---|--|--------------------------|-------|------|------------|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PREScrição MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | | |
| PACIENTE JESUS MIGUEL PEREZ LOPES | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | AMP TRAUMATICA Perna Esq | | | |
| ALERGIAS | | HAS | DM2 | | |
| IDADE | | LEITO | 104-1 | DATA | 30/11/2020 |
| ITEM | PREScrição | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV 8/8H | | | | |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA | | | | |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H | | | | 6 12 18 24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | 12/30 |
| 7 | ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | SN |
| 10 | IMIPENEM 500MG EV 6/6H | | | | 6 12 18 24 |
| 11 | CURATIVO DIARIO | | | | CURATIVO |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 23 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS , SEM QUEIXAS ÁLGICAS. | | | | | |
| # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS | | | | | |

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TEMP | - |
|---------------|--------|----|----|--------|---|
| 6 H | 130x60 | 74 | - | 36,0°C | |
| 12 H | 125x69 | 90 | - | 35,6°C | |
| 18 H | 150x70 | 91 | - | 36,0°C | |
| 24 H | 97x55 | 84 | - | 36,5°C | = |

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

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| Data: <u>01/02/20</u> | Enfermaria: <u>J04-1</u> | Leito: | | | |
| Nome Completo: <u>Jesús Miguel Pérez Lopez</u> | | | DN: <u>/ /</u> | | |
| Hipótese Diagnóstica: | | | | | |
| Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerosol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual (is): _____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M Paciente Indígena: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual idioma: _____ Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs: _____ Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Comprometida: _____ | | | | | |
| SISTEMA NEURÓLOGO | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Consciente | <input checked="" type="checkbox"/> Orientado | <input type="checkbox"/> Desorientado | <input type="checkbox"/> Agitado | <input type="checkbox"/> Não Reage | <input type="checkbox"/> Alterações: |
| PUPILAS | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente | <input type="checkbox"/> Mióticas | <input type="checkbox"/> Midriática | <input checked="" type="checkbox"/> Afebril | <input type="checkbox"/> Febril | <input type="checkbox"/> Hipertérmico |
| <input type="checkbox"/> Isocônicas | <input type="checkbox"/> Anisocônicas | <input type="checkbox"/> Não reagentes | <input type="checkbox"/> Alterações: | | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Dispneico | <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente | <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração |
| Oxigenoterapia | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Qual: _____ | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Taquicárdico | <input checked="" type="checkbox"/> REGULAÇÃO ABDOMINAL | | |
| <input type="checkbox"/> Pulso Cheio | <input type="checkbox"/> Fíliforme | <input type="checkbox"/> Arritmico | <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso | <input type="checkbox"/> Distendido | <input type="checkbox"/> Globoso |
| Exame Físico: | Bulhas Cardiacas: | Pulso: | Ruídos Hidroaéreos: | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente |
| ALTERAÇÕES: | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea | <input type="checkbox"/> SVD | <input type="checkbox"/> Fralda | <input type="checkbox"/> Uropen | <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL | |
| <input type="checkbox"/> Anúria | <input type="checkbox"/> Oligúria | <input type="checkbox"/> Cistostomia | <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG/SOG | <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT |
| <input type="checkbox"/> Irrigação contínua | <input type="checkbox"/> Outros: | Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial | | | <input type="checkbox"/> Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hidratada | <input type="checkbox"/> Desidratada | <input type="checkbox"/> Ressecada | <input type="checkbox"/> Flatos: | <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada | <input type="checkbox"/> Ictérica | <input type="checkbox"/> Anictérica | <input type="checkbox"/> Edema Local: | Risco de Lesão Sinalizado: | |
| Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Região: _____ | | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS ... | | | | | |
| Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: <u>M21</u> | Data: _____ | Trocár em: <u>/ / /</u> | | |
| Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | Curativo realizado em: _____ | Trocár em: <u>/ / /</u> | | |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | |
| Dreno de: _____ | Aspecto da secreção: _____ | Quantidade: _____ | | | |
| Curativos: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: _____ | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Deglutição Prejudicada | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Lesão por Pressão | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção | <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de Quedas | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada | <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de Broncoaspiração | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de constipação | <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada | | | |
| <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | <input type="checkbox"/> Comunicação deficiente | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo | <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado | | | | |
| <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente | <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para Higiene | | | | |
| Escala de Morse | | | | | |
| 1. Histórico de Queda | 6. Estado Mental | Prescrição de Cuidado Prev Quedas | | | |
| Não | 0 Orientado/limitado/conhece as limitações | <input type="checkbox"/> Manter grades laterais elevadas | | | |
| Sim | 25 Superestima capacidade/Esquece limitação | <input type="checkbox"/> Identificar o risco de queda na placa de identificação | | | |
| 2. Diagnóstico Secundário | | | | | |
| Não | 0 Risco Baixo: 0 - 24 | <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente na higiene | | | |
| Sim | 15 Risco Médio: 25 - 44 | <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama | | | |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | Risco Alto: Maior que 45 | <input type="checkbox"/> Manter cama com rodas travadas | | | |
| Não | Sinalização do Risco: | <input type="checkbox"/> Necessidade de contenção ao leito | | | |
| Sim | 0 Sinalizado no quadro do posto/enfermagem | <input type="checkbox"/> Manter vigilância de / horas. | | | |
| 4. Auxílio na Deambulação | <input type="checkbox"/> Risco sinalizado na placa de identificação leito | <input type="checkbox"/> Calçado seguro nos pés | | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado | 0 | <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ao alcance da mão | | | |
| Muleta/Bengala/Andador | 15 | | | | |
| Mobiliário Parede | 30 | | | | |
| 5. Marcha/Deambulação | | | | | |
| Normal/Sem deambulação/Acamado | 0 | | | | |
| Fraça | 10 | | | | |
| Comprometida/Cambaleante | 20 | | | | |
| Registro Geral: | | | | | |
| <u>Com paciente no leito jdm</u> <u>Quando alguma vez sentiu dor na</u> <u>área membro, BEG, degelo, etc)</u> <u>Assinatura:</u> <u>Enfermeiro Assinatura e Carimbo:</u> | | | | | |

MANEJO DA NEUTROPIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCO A/B/C/D/E/F

| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM | |
|---|------------------|
| 12:00 | PERÍODO MATUTINO |
| <p><i>Vacina de Com�exa nos envolvidos em mudanças de forma e presencas inéditas pequenos, mas envolvidos naquele dia</i></p> | |
| <p><i>Ass: 09.07.07 0777</i></p> | |
| <p><i>PERÍODO VESPERTINO</i></p> | |
| <p><i>ASS:</i></p> | |
| <p><i>PERÍODO NOTURNO 19:07</i></p> | |
| <p><i>Realizada unida- de S. M., ad. m. gr.</i></p> | |
| <p><i>Ass: 09.07.07</i></p> | |



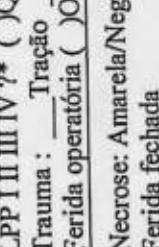
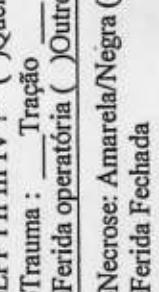
**ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

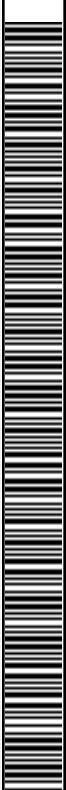


EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|---|
| 01.12.20 | 304-1 Tomás Miguel Pires Lopez, 22 anos. |
| | <p>Paciente jovem, vítima de acidente de moto que se submetido a procedimento cirúrgico de amputação de membro inferior esquerdo na qual estava acompanhado pela namorada, consciente, verbalizando todos os seus presentes. Dadas algumas orientações, retorna em seu momento para continuidade do atendimento psicológico</p> <p>LESTER A. MIGUEL Psiologa CRP-20/810</p> |



| | | | | | |
|--|---|----------------|---|--------------------|---------------------|
|  HGR Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR | | Protocolo nº 1 | Versão:09 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 03/2020 |
| Paciente: <u>Jesus Miquel</u> Leito: <u>104-1</u> | | DN: | Data: <u>30/11/2020</u> Hora: : : | | |
| Localização |   Região: <u>MIE (coto)</u> <input checked="" type="checkbox"/> Grau I <input checked="" type="checkbox"/> Grau II | |   Região: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Grau I <input checked="" type="checkbox"/> Grau II | | |
| Etiologia | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia (<input checked="" type="checkbox"/> DM (<input checked="" type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo (<input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Ferida operatória (<input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Ferida fechada</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* (<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura (<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia (<input checked="" type="checkbox"/> DM (<input checked="" type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma : <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo (<input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Ferida operatória (<input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Necrose: Amarela/Negra</u> (<input checked="" type="checkbox"/> Esfacelo (<input checked="" type="checkbox"/> Granulação (<input checked="" type="checkbox"/> Epitelização <u>Ferida fechada</u> | | |
| Aparência do Leito | <input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input checked="" type="checkbox"/> Macerado (<input checked="" type="checkbox"/> seca (<input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> outro: <u>Purulento</u> (<input checked="" type="checkbox"/> Seroventoso (<input checked="" type="checkbox"/> Sangue <input checked="" type="checkbox"/> outro: <u>Soroso</u> (<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/> Seco | | <input checked="" type="checkbox"/> Normal (<input checked="" type="checkbox"/> Macerado (<input checked="" type="checkbox"/> seca (<input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> outro: <input checked="" type="checkbox"/> Purulento (<input checked="" type="checkbox"/> Seroventoso (<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento (<input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo (<input checked="" type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> outro: <input checked="" type="checkbox"/> Molhado (<input checked="" type="checkbox"/> Úmido (<input checked="" type="checkbox"/> Seco | | |
| Pele Perilesional | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% | | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% (<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% (<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% | | |
| Tipo de Exsudato | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase (<input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata (<input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> outro: <u>Troc</u> | | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze (<input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/fibrinase (<input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata (<input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> outro: <u>Troc</u> | | |
| Quantidade de Exsudato | <u>12/12</u> | | <u>12/12</u> | | |
| Solução de Limpeza | | | | | |
| Cobertura primária | | | | | |
| Troca | <u>12/12</u> | | <u>12/12</u> | | |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Sejane Paula F. da Silva</u> <u>Assistente Enfermeira</u> <u>Tec. Enf. RR 934.631</u> <u>COREM/RN 1.247.428 - TE</u> | | | | |
| Observações: | | | | | |



Joao

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----|------|-----|-------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | <i>Joao Alves Barbosa Filho</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO | <i>Acidente traumático torax (L1)</i> | | | | |
| ALERGIAS | <i>()</i> | | HAS | DM2 | |
| IDADE | LEITO | | DATA | | 29/11/2020 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | SF 0,9% 500ml EV ACM | | | | ACM |
| 4 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X/DIA | | | | 6 |
| 5 | DIPIRONA 1G EV 6/6H | | | | 6/12 18:24 |
| 6 | TRAMAL 100MG + 100 ML SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN | | | | SN |
| 7 | ONDANSETRONA 8MG EV 8/8H SN | | | | SN |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG | | | | SN |
| 10 | <i>Insulina 50UI EV 6/6H</i> | | | | <i>6/12 18:24</i> |
| 11 | CURATIVO DIARIO | | | | CURATIVO |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% ± 0 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS

Lael Silva (Res Ortop)

CRM/RR 2015

Loamir Viana (Res Ortop)

CRM/RR 2124

Don Martins (Res Ortop)

CRM/RR 2038

Bruno Vieira (Res Ortop)

CRM/RR 1231

| SINAIS VITA | PA | FC | FR | TEMP | SPO2 |
|-------------|--------|-----|----|-------|------|
| 6 H | 100/78 | 70 | | 36C | |
| 12 H | 101/60 | 116 | 21 | 36.6 | 98% |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | 102/70 | 98 | 21 | 36.7C | |

DX 102
Joao Alves Barbosa Filho



104-1



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScrição MÉDICA**



| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | |
|------------------|---|------|------|------------------------|
| PACIENTE | José miguel PMLZ LOP13 | | | |
| AGNÓSTICO | A mputação traumática do punho esq | | | |
| ALERGIAS | PAS | NEGA | DM2 | NEGA |
| IDADE | LEITO | | DATA | 29/11/20 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE C zero, liberação às 07h | | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFERICO | | | manter: |
| 3 | SF 0,9% 500ML EV S/N de 4x4 h | | | 02-06-10-14 |
| 4 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | 24-08-12-18 |
| 5 | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA | | | 06 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | S/N |
| 7 | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 | | | — |
| 8 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h | | | (02)-106-14 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | S/N |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H | | | |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H | | | <i>> suspensos</i> |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | S/N |
| 13 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | Ketotifen Ketotifen |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | |
| 15 | Tinipen 500mg EV de 6/6h | | | 24-06-12 |
| 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 MEDICA:

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

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|----|----|----|--|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | / | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | | | | |

**MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

pp: 110x80

FC = 13%

P. 20

Digitized by srujanika@gmail.com

30.00
COREN-RR 000.555.955

08/02/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO.

08/02/2021

RECEBIDO DIA 08/02/2021 NOUS)

MARINA B.)

08/02/2021

08/02/2021 MARINA B.)





ESTADO DE RORAIMA

*AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(DESTINAÇÃO DE MEMBRO AMPUTADO)**

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente Jairus Miguel Perez Lopez Bloco/setor PAAR Leito _____
Data de Nascimento: 20 / 12 / 1997

Membro Amputado: Membro inferior esquerdo Data da Amputação: 29 / 11 / 2020

O (A) Paciente Jairus Miguel Perez Lopez, ou seu responsável Miguel Angel Perez Baneto declara para todos os fins legais que foi informado pessoalmente pelo profissional Assistente social do Hospital Geral de Roraima – HGR sobre as possibilidades de destinação do membro amputado, que são: o material (membro amputado) pode ser ele (paciente ou responsável) requisitando para destinação em cemitério licenciado ou cremação ou o paciente e ou responsável pode renunciar a esse direito, ficando sob responsabilidade do Hospital dar o destino adequado conforme determina a legislação.

Desta forma opto pela opção de:

RENUNCIAR ao direito de requisição do membro amputado, devendo o Hospital destinar o material para ser sepultado em cemitério licenciado ou cremação ou incineração, conforme RDC ANVISA 306/04, 222/18 e CONAMA 358/05.

REQUERER o membro amputado, responsabilizando-me em dar a correta destinação ao membro amputado, seja para sepultamento em cemitério licenciado ou cremação, isentando totalmente o Hospital de responsabilidade civil e administrativa a partir da entrega, conforme termo de entrega anexo, parte integrante deste instrumento.

Para que produza os efeitos legais assino o presente termo.

BOA VISTA - RR, 29 de Novembro de 2020

Paciente: _____

Responsável pelo paciente: Miguel Perez Assinatura
Miguel Perez Assinatura

Testemunhas: _____

Assinatura

OBS: 1. Após assinado o referido termo deverá ser devidamente encaminhado ao serviço de arquivo Médico (SAME) para ser arquivado no prontuário do paciente.
2. O Relatório Médico deverá ser anexado a esse termo.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS - AMPUTAÇÃO DE MEMBROS**

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA – PRONTO ATENDIMENTO AIRTON
ROCHA**

Paciente: JESUS MIGUEL PEREZ

RESPONSÁVEIS PELO PACIENTE:

-
-

AUTORIZAM A EQUIPE DA CIRURGIA VASCULAR DESTE HOSPITAL A
REALIZAÇÃO DA CIRURGIA DE AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO

MOTIVO: ACIDENTE GRAVE COM ESMAGAMENTO, PERDA DE TECIDO OSSEO
E PARTES MOLES DOS PODODÁCTILOS, MEDIO, RETRO PÉ E TORNOZELO.
MEMBRO INVÍAVEL

Este Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou
ao seu responsável/representante legal, o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e
objetivos do procedimento cirúrgico para amputação de membros ao qual o paciente
será submetido.

Nome do Médico: EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR + ORTOPEDIA.

BOA VISTA, 28 DE NOVEMBRO DE 2020.

ASSINATURA:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME: Jesus Miguel Perez Lopez

Encaminho numero 70910
enquanto pi suplemento
paciente vítima de trauma
automobilístico em pneu
enquanto com fratura
uxoso grave (lesão de tecidos
molos e vasculas). Foi avaliado
pelo oft. Dr. Cirurgico ^{rodrigo}
que constataram lesão intima
vd de terço distal da perna.
enquanto

DATA 29/01/20

ASSINATURA E CARIMB

Hospital Geral de Roraima

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto

CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR. Fone: (0xx95) 2121.0638

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200460916 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez **Data do acidente:** 28/11/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. (AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO). ALTA MÉDICA. PÁG 1

Sequelas permanentes: DÉFICIT ANATÔMICO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

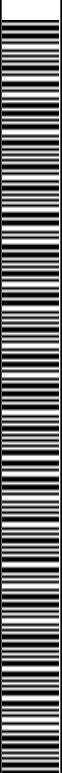
Documentos complementares:

Observações:

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 anatômica completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau completo - 100 % | 70% | R\$ 9.450,00 |
| | | Total | 70 % | R\$ 9.450,00 |



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368558/20

Vítima: Jesus Miguel Perez Lopez

Data do acidente: 28/11/2020

CPF: 706.596.392-62

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Jesus Miguel Perez Lopez

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

Jesus Miguel Perez Lopez : 706.596.392-62

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.

