



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Antônia Oliveira Vieira PROFISSÃO: Assist. Administrativa
ESTADO CIVIL: Solteira, FONE: 99138-4130,
E-MAIL: antonia-oliveira@hotmail.com RG: 202789
SSP- RR e CPF: 522.234.852-00, RESIDENTE À
RUA: Taiane N° 370,
BAIRRO: Airton Rocha pelo presente instrumento procuratório,
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, ____ de ____ de 201__.

Antônia Oliveira Vieira

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Antônia Oliveira Vieira
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Assist. Administrativo
RG N° 202789 SSP/ RR CPF: 522.234.852-00
ENDEREÇO: Rua Taiana N° 370 Bairro: Jardim Roda

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, ____ de ____ de 201__.

Antônia Oliveira Vieira

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | |
|---|---|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO | |
| NOME ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | |
|  | DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA 202789 SSP RR |
| | CPF 522.234.652-00 |
| | DATA NASCIMENTO 18/08/1982 |
| FILIAÇÃO ALUISIO SOUSA VIEIRA | |
| MARIA ORISTA RODRIGUES OLIVEIRA | |
| PENSOAMENTO DEFENSIVO | ACC DEFENSIVO |
| CAT. 00 FLB | |
| Nº REGISTRO 06976322796 | VALIDADE 22/01/2020 |
| | 1ª HABILITAÇÃO 05/07/2010 |
| OBSERVAÇÕES | |
|  | |
| ASSINATURA DO PORTADOR | |
| LOCAL BOA VISTA - RORAIMA | DATA DE EMISSÃO 28/01/2013 |
|  | 02356518126 |
| | RR207946558 |
| ASSINATURA DO INTERESSADO | |
| DETRAN-RR (RORAIMA) | |

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
980148382

PRIMEIRO PLASTIFICAR
980148382

18 OUT. 2018

| TRABALHADOR | |
|--|--|
| <p>Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS</p> | |
| <div>MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO</div> <div>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</div> <div>PIS/PASEP 132.21791.27-4</div> <div><div>NÚMERO 2646848</div><div>SÉRIE 001-0</div><div>UF RR</div></div> <div><i>Antonia Oliveira Vieira</i> ASSINATURA DO TITULAR</div> <div></div> <div>ASSINATURA DO TITULAR POLEGAR DIREITO</div> | |

| QUALIFICAÇÃO CIVIL | | 02 | |
|--|----------------------------|-------------------------|--|
| NOME ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | BOA VISTA RR | 18/08/1982 RR | |
| LOC DE NASC BOA VISTA | ALUISIO SOUSA VIEIRA | | |
| FILIAÇÃO MARIA ORIETA RODRIGUES OLIVEIRA | | | |
| DOC. APRESENTADO RG 202789 SESP RR | | | |
| ESTADO CIVIL SOLTEIRO | | | |
| RG 202789 | CNH 002709722640 | 193 | |
| T. ELEITOR 002709722640 | | | |
| NATURALIZADO PORT. M.I.N. | SINE UNIDADE 01 | | |
| LOCAL DA EMISSÃO 01/03/2005 | | | |
| DATA DA EMISSÃO 01/03/2005 | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR | | | |

| ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE | | 03 | |
|----------------------------------|--------------|-----------------------------------|------------------------|
| FILIAÇÃO | | | |
| DATA DE NASC. DE | | PARA | |
| DOCUMENTO | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | | MOTIVO | |
| NOME | | | |
| DOCUMENTO | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | | MOTIVO | |
| NOME | | | |
| DOCUMENTO | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | | MOTIVO | |
| NOME | | | |
| DOCUMENTO | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | | MOTIVO | |
| LEGENDA | | | |
| A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO |
| B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | |

CAERR
CNPJ: 05.839.427/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.095.426-3
RUA MELVIN JONES, 719 - SÃO PEDRO - CEP: 69.300-410

ATENDIMENTO
CAE
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: **1144073** Maio/2018

Dados do Cliente:
ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA

Endereço para entrega:
RUA TAIANO, NUM. 81278 - DR AIRTON ROCHA
BOA VISTA RR 69318-782

| Inscrição | Rota | Seq.Rota | Quantidade de Economias |
|----------------------|------|----------|-------------------------|
| 001.036.350.0246.000 | 7 | 440 | 1 |

Hidrometro Y15G025199 **Data de Instalação** 13/10/2015 **Situação Água** LIGADO **Situação Esgoto** POTENCIAL

| ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS |
|------------------------|------------|--------------|-------------|
| LEITURA FAT. 174 | 175 | 1 | 29 |
| LEITURA INF. | | | |
| DT. LEITURA 06/04/2018 | 05/05/2018 | | |

ULTIMOS CONSUMOS

| PERÍODO | CONSUMO (m3) |
|--------------|--------------|
| 201804 | 11-0 |
| 201803 | 4-0 |
| 201802 | 1-0 |
| 201801 | 4-0 |
| 201712 | 5-0 |
| 201711 | 7-0 |
| MEDIA | 5 |

| DESCRICAÇÃO | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|---------|------------|
| AGUA | | |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE AGUA | 1 M3 | 23,83 |

VENIMENTO: 15/06/2018 **TOTAL A PAGAR** 23,83

DECLARAMOS QUITADOS DÍBITOS DESSA MATRÍCULA NO ANO DE 2017
LEI 12007/09. ACESSO WWW.CAER.COM.BR E IMPRIMA O EXTRATO
EM NOSSA LOJA VIRTUAL.

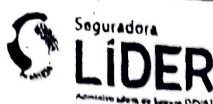
CAERR

| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 1144073 | 05/2018 | 15-06-2018 | 23,83 |

82670000000-1 23830004001-7 00114407301-0 05201890003-6



18 OUT. 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flair Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônia Oliveira Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 522.234.852 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Antônia Oliveira Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 522.234.852 / 00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--|----------------------------|-------------------------|--|
| Endereço <u>Rua Antônio Pinheiro Galvão</u> | | Número <u>1832</u> | Complemento |
| Bairro <u>Baritis</u> | Cidade <u>Boa Vista</u> | Estado <u>RR</u> | CEP <u>69.309-209</u> |
| Email <u>ilairr@hotmail.com</u> | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) <u>(95) 98125-9536</u> |

Boa Vista, 18 de Outubro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|----------------|--------------------------------------|
| NOME: | Antônia Oliveira Vieira |
| NACIONALIDADE: | Brasileira |
| PROFISSÃO: | Assistente Administrativo |
| IDENTIDADE: | 2027494 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | Rua. Juana, Nº 1070, Dn. Anton Rocha |

OUTORGADO

| | |
|----------------|--|
| NOME: | Dr. Trânis de Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Autônomo |
| IDENTIDADE: | 114.807 SSP-RR |
| ENDEREÇO: | R. Antonio Pinheiro Galvão, Nº 1832, Baritis |

Peio presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

BOA VISTA 42106/2018

LOCAL E DATA



Antônia Oliveira Vieira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalaia, 1007 - Ass. Gloria - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4111
Zodre@boavista.rr.br
240765B1FC77A9B61
Recolhido por VERDADEIRA a(s) firma(s)
ANTÔNIA OLIVEIRA VIEIRA
Em testemunho da verdade ACAP
Do que dou fé Boa Vista/RR, 12 de junho de 2018.
Consuete(s) selo(s) abaixo em cidadão portal@eorr.com.br
REC/FIR1682966Y7DTE5064G6F961/
Emolumentos: R\$ 2.39 Fundos ISS: R\$ 0.60 Total: R\$ 2.99

1000000
Trânis Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024475/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/06/2018 10:19 Data/Hora Fim: 12/06/2018 10:43
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 12/06/2018
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/05/2018 13:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Rio Amazonas

Bairro: Bela Vista

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1095 - Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo |

ENVOLVIDO(S)

Nome: FRANCISCO DE ASSIS NASCIMENTO JUNIOR (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua rio amazonas
Bairro: bela vista
Telefone: (95) 99158-8820 (Celular)

Nº 656

Nome: ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 18/08/1982
Profissão: Assistente Administrativo
Estado Civil: Solteiro(a)
Raça/Cor: Parda
Nome da Mãe: Maria Orieta Rodrigues Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 522.234.852-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua taiano
Bairro: airton rocha
Telefone: (95) 99138-0430 (Celular)

Nº 370

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|---------------------------------------|
| Grupo: Veículo | Subgrupo: Motocicleta/Motoneta |
| Placa: NBA5830 | Número do Chassi: 08138 |
| Ano/Modelo Fabricação: 2010/2009 | Cor: VERMELHA |



18 OUT. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 024475/2018

| | |
|--------------------------------------|--|
| UF Veículo Roraima | Município Veículo Boa Vista |
| Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES | Modelo HONDA/CG 125 FAN ES |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Antonia Oliveira Vieira | Proprietário |
| Grupo Veículo | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |
| Placa NUK6178 | Numero do Chassi 78438 |
| Ano/Modelo Fabricação 2012/2012 | Cor BRANCA |
| UF Veículo Roraima | Município Veículo Boa Vista |
| Marca/Modelo CHEVROLET/CLASSIC LS | Modelo CHEVROLET/CLASSIC LS |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Francisco de Assis Nascimento Junior | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

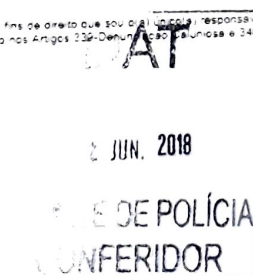
A comunicante acima qualificada informa que, no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta quando o condutor do automovel saiu de dentro da garagem da sua casa, repentinamente, em direção à rua sem perceber que a comunicante estava a caminho, tal atitude do condutor do automovel causou a colisão entre os veículos. Em razão do acidente a comunicante sofreu diversas lesões corporais, tendo inclusive quebrado o pé direito e um dos dedos do pé. Após a colisão o condutor do automovel desceu do veículo e prestou socorro à vítima. A comunicante não tem a intenção de representar contra o condutor do veículo. É o relato.

ASSINATURAS


Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento


Antonia Oliveira Vieira
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que tem origem conforme previsto nos Artigos 230-Denúncia, 231-União e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

| | | | |
|---|----------------------|------------------------|-------------------|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | | |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETRAN - RR | | Nº 012735869417 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| VIA | COD. RENAVAM | R.N.T.R.C. | EXERCÍCIO |
| 01 | 00178519723 | | 2017 |
| NOME | | | |
| ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | |
| RR | | | |
| CPF / CNPJ | | PLACA | |
| 522.234.852-00 | | NBA5830 | |
| PLACA ANT. / UF | | CHASSI | |
| | | 9C2JC4120AR008138 | |
| ESPÉCIE TIPO | | COMBUSTÍVEL | |
| PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC. | | GASOLINA | |
| MARCA / MODELO | | ANO FAB. | ANO MOD. |
| HONDA/CG 125 FAN ES | | 2009 | 2010 |
| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | |
| 2P/0124CC/ | PARTICU | VERMELHA | |
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. / COTAS | |
| *PAGO* | *PAGO* | 1º ***** | |
| FAIXA LPVÁ | PARCELAMENTO / COTAS | 2º ***** | |
| ** PAGO COTA UNICA ** | | 3º ***** | |
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| | R\$0.7 | R\$185.5 | 25/09/2017 |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| AL.FID. BANCO PANAMERICANO SA * BEN.TRIB UTARIO * FIDEL SATE DA AMZ. OCID * | | | |
| Antonio Francisco Beserra Marques Diretor Presidente DETRAN-RR Boa Vista - Interho | | | |
| DATA 26/09/2017 | | | |

| | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT | | |
| RR Nº 012735869417 BILHETE DE SEGURO DPVAT | | |
| 2017 | | |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT | | |
| PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBULO | | |
| AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA | | |
| www.dpvatsegurodotransito.com.br | | |
| SAC DPVAT 0800 022 1204 | | |
| EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO | |
| 2017 | 26/09/2017 | |
| VIA | CPF / CNPJ | PLACA |
| 01 | 522.234.852-00 | NBA5830 |
| RENAVAM | MARCA / MODELO | |
| 00178519723 | HONDA/CG 125 FAN ES | |
| ANO FAB. | CAT. TARIF. | Nº CHASSI |
| 2009 | | 9C2JC4120AR008138 |
| PRÊMIO TARIFÁRIO | | |
| FNS (R\$) | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| R\$81.29 | R\$9.03 | R\$90.33 |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) |
| R\$4.15 | R\$0.7 | R\$185.5 |
| PAGAMENTO | DATA DE QUITAÇÃO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | 25/09/2017 |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT | | |
| CNPJ 09.249.608/0001-04 | | |
| www.seguradoralider.com.br | | |

18 OUT. 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR GUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704 ou 0800 111174 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de credenciar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

522.234.852-00

Nome completo da vítima

Antônia Oliveira Vieira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|-------------------------|----------------------|----------------|----------------|------------------------|
| Nome completo | Antônia Oliveira Vieira | CPF titular da conta | 522.234.852-00 | Profissão | Assist. Administrativa |
| Endereço | Rua Taiane | Número | 1070 | Complemento | |
| Bairro | Dr. Artur Rocha | Cidade | Boa Vista | Estado | Roraima |
| E-mail | ilviss@bolmail.com | CEP | 69.315-702 | Telefone (DDD) | (95) 90254-4252 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

8296

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

23616

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 18 de Outubro de 2018

Local e Data

Antônia Oliveira Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL
18 OUT. 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônia Oliveira Vieira

CPF da Vítima

522.284.452-00

Data do Acidente

14-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 18 de Outubro de 2018

Local e Data

* Antônia Oliveira Vieira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

Email - ILIO INACIO - Outlook X

Proevo DPVAT | Busca avançada X

Seguradora Líder - DPVAT Acesso X

+

https://www.seguraderalider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpf=ConsultaPedido=1

Documentos Despesas Médicas

Documentos Invalidar Permanente

Documentos Morte

Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

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

prazo para emissão do parecer técnico de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180496641 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA - ME FILIAL/RR
BENEFICIÁRIO ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA
CPF/CNPJ: 52223485200

Posição em 12-02-2019 17:38:41

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 01/11/2018 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |

PT

17:38

12/02/2019

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



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

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

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=5.062%2C5...>



Cálculo de Atualização Monetária

| Dados básicos informados para cálculo | | |
|---|---|--|
| Descrição do cálculo | | |
| Valor Nominal | R\$ 5.062,50 | |
| Indexador e metodologia de cálculo | IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die. | |
| Período da correção | 14/5/2018 a 1/2/2019 | |
| Taxa de juros (%) | 1 % a.m. compostos | |
| Período dos juros | 14/5/2018 a 20/2/2019 | |

| Dados calculados | | |
|--------------------------------------|----------|---------------------|
| Fator de correção do período | 263 dias | 1,029945 |
| Percentual correspondente | 263 dias | 2,994480 % |
| Valor corrigido para 1/2/2019 | (=) | R\$ 5.214,10 |
| Juros(282 dias-9,80470%) | (+) | R\$ 511,23 |
| Sub Total | (=) | R\$ 5.725,33 |
| Valor total | (=) | R\$ 5.725,33 |

Retornar Imprimir

Guia de Abandimento 02

Visio

1510578

Alt 24/25

GSC

TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MPV: 123456

Point will be

press. for tension γ + green γ .

$$\frac{-5x}{-2x+7\pi}$$
☐ RAIO -X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☒ Alta a Revelia
☐ Transferência para

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / : :

óbito

Antes do 1º Alendimento?

Dr. Darisella Cogoli
M.D. in Trauma
April 1999

Destino: () Família

() IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: elenilda.silva
Data Hora: 14/05/2018 14:27:35








10-11-2018
10-11-2018
10-11-2018

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|------------------------|--|-------------|--|--------------|--|------------|--|---------------|--|-------------------------|--|-----------------|--|
| 1 - NOME DO DOENTE | | 2 - DATA DE NASCIMENTO | | 3 - SEXO | | 4 - ENDEREÇO | | 5 - CIDADE | | 6 - ESTADO | | 7 - CEP | | 8 - TELEFONE | |
| 9 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 10 - ENDEREÇO | | 11 - CIDADE | | 12 - ESTADO | | 13 - CEP | | 14 - TELEFONE | | 15 - DATA DE ASSINATURA | | 16 - ASSINATURA | |
| 17 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 - HISTÓRICO DA INTERNAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 - HISTÓRICO CLÍNICO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 36 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 37 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 38 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 39 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 40 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 41 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 43 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 61 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 62 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 63 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 64 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 65 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 66 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 74 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 75 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 76 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 77 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 78 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 79 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 80 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 81 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 82 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 83 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 84 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 85 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 86 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 87 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 88 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 89 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 90 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 91 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 92 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 93 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 95 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 96 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 97 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 98 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |
| 99 - HISTÓRICO DE TRATAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | |
| 100 - HISTÓRICO DE EXAMES | | | | | | | | | | | | | | | |

DOCUMENTO ORIGINAL
18 OUT. 2018

414.2


ck

|  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | |  | |
|---|---|-------|------|---|---------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN | | |
| PACIENTE | APRÔNICA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | LACERADA A TELA DO JOELHO | | | | |
| ALERGIAS | NENHUMA | HAS | DM2 | | |
| IDADE | 36 | LEITO | DATA | 14/10/18 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | 24h |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | 24h |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | 24h |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | 24h |
| 5 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | | 24h |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | 24h |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | 24h |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | | | 24h |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | 24h |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | 24h |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG | | | | 24h |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 24h |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). | | | | |
| 19 | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; | | | | |
| 20 | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="transform: rotate(-30deg); border: 1px solid black; padding: 5px;"> DOCUMENTO ORIGINAL 18 OUT. 2018 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">  </div> </div> | | | | | |

| SINAIS VITAIS | PA | FC | Tax | |
|---------------|--------|----|--------|--|
| 6 H | 96x74 | 71 | 32.8°C | |
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | 127x23 | 58 | 36.7°C | |

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

4414-2

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|-------------------------|---|-------|--|------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | | LEITO | | DATA | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SN |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | MANTER |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | 12-22 |
| 5 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | | | 12-22 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | SN |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | SN |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | | | SN |
| 9 | SIMETICONA 80 MG AS 4 LACTAÇÕES DE 8/8 h (S/N) | | | | SN |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | ROTINA |
| 12 | CAPTOPRIL 25mg EV OU PAD > 110 MMMHG | | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | | ROTINA |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | 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 | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 JUL. 2018

Regulado
para leito
4414-2
Regulação Interna

15.04.2018
SSVV-16h
PA: 118x77;
FC: 70
T: 35,3

| SINAIS VITAIS | T | PA | F | DEXTRO |
|---------------|---------|--------|-----|----------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | 36,8 | 121x56 | 100 | 104mg/dl |
| 18 H | | | | |
| 24 H | 36,1x56 | 77 | 96 | 20 |

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Och. Rocha mediana de base
de para pro...
Sociedade de Nascimento
Téc. em Enfermagem
CORREIA 081.713 - TE

414
2

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 16/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H | | | | |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H | | | | |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| <p>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</p> | | | | | |

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA | FC | FR | |
|----------|--------|----|-------|--------|
| 6 H | 120/60 | 90 | 22mpm | 36 °C |
| 12 H | 120/70 | 93 | 18 | 36,2 |
| 18 H | 130/80 | 84 | 19 | 36,1 |
| 24 H | 130/80 | 89 | 19mpm | 36,2°C |

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

DOCUMENTO ORIGINAL
18 OUT. 2018

11h Realizado coleta para exames laboratoriais. Medicais do ferido e apêndice SSVV. *Suzana Maria M. do Nascimento*
Téc. em Radiologia
CORREN 081.713 - TE

13h a 19h administrado medicações verificadas na vitas, obs: nas foi administrado medicação de 12h, 8 ranitidina. não tem na farmácia - AE man com S10509

+ ADM conforme prescrição afazido S.S.V.
Realizado troca de AVP, feles Tec Sarah
Sarah Moraes Catarino
CORREN 007.565-PE

414
2

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/05/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNOSTICAR | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 17/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORARIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | 5:00 |
| 2 | AVP | | | | 11:00 |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN | | | | 18:00 |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | 18:00 |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | 18:00 |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | 18:00 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H, S/N | | | | 18:00 |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VQ SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | 18:00 |
| 11 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | 18:00 |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | 18:00 |
| 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 | | | | | |

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA | FC | FR | T | Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia |
|----------|--------|----|----|------|---|
| 6 H | 110/70 | 70 | 18 | 36.8 | |
| 12 H | 110/70 | 70 | 18 | 36.8 | |
| 18 H | 110/70 | 70 | 18 | 36.8 | |
| 24 H | 110/70 | 70 | 18 | 36.8 | |

13 as 19h, no leito,
Adm. medicação
e Af. de Sinais
vitalis.

CRF: Antonio Carlos da
Técnica de Enfermagem
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Coleta de Exames HGR
DATA 18/05/18
HORA 05:20
LUGAR Colite

18 OUT. 2018

| | | | |
|------------------|--|---|---------|
| | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE | antônio lopes | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | |
| IDADE | LEITO | DATA | 18/05 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | |
| 3 | CEFAZOLINA 1G EV 6/6H | | |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | |
| 5 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | |
| 15 | captopril 25mg (2) 12/12h | | |
| 16 | captopril 25mg (2) 12/12h | | |
| 17 | simeticona 40 gotas (2) 8/8h | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2 UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONIST | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA: *após 2 dias de tratamento com cefazolina e tramal, a dor diminuiu. Acalmado.*

Dr. Anderson P. Silva
Médico
Traumatologia e Ortopedia
CRM 1733

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|---------|----|----|-----|
| 6 H | 120/90 | 92 | | 36° |
| 12 H | 110/70 | 90 | 18 | 36° |
| 18 H | 120/80 | 86 | 19 | 36° |
| 24 H | 140/100 | 88 | | 36° |

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.

13 às 19 hs. Adm. med. de horário. Aferido SSVV, segue aos cuidados da enfermagem. *Téc. João Maria Ferreira de Souza*
18 OUT. 2018

414-2

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|---|---|-------|-------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | DM2 | | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 19/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SN |
| 2 | AVP | | | | Mant |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN | | | | SN |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | 18:00 |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | 18:00 |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | 18:00 |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | 18:00 |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | 18:00 |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | M |
| 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 | | | | | |

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA | FC | FR | |
|----------|--------|----|----|------|
| 6 H | 120/80 | | | |
| 12 H | 140x81 | 80 | < | 35°C |
| 18 H | 140/80 | 80 | - | |
| 24 H | 140/80 | 80 | - | |

Dr. Thiago Muniz
CRM/RR 2009
Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

22.05.2018
Foi recebido o exame físico do paciente
e a história, sendo a prescrição médica
de acordo com o quadro clínico. Foi prescrito
o SSVV, conforme a prescrição.

Silvana Tetzimo Freitas
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 839.114-TE

19/05/2018
Prescrição de an-
algésico e
antiespasmódico,
de SSVV, conforme
a prescrição.

José Roberto de Souza
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 776.787-TEC

18 OUT. 2018

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 20/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN | | | | |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 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 | | | | | |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA: | | | | | |
| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | | |
| 6 H | 120/80 | 74 | 15 | 36,2 | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | 120/80 | 74 | 15 | 36,2 | |
| Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia | | | | | |

18 OUT. 2018

414
2

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|--|---|-----------|-----------|--|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 21/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SD |
| 2 | AVP | | | | meio dia |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN | | | | |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 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 | | | | | |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES. | | | | | |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. | | | | | |
| # SOLICITADO: | | | | | |
| # CONDUTA: | | | | | |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: | | | | | |
| # PREVISÃO DE ALTA: | | | | | |
| SINAIS V | PA | FC | FR | Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia | |
| 6 H | | | | | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | 3042 | 105 | 19 | | |
| 24 H | 3366 | 113 | 21 | | |

6h - PA = 117 x 80 R = 18
P = 75 T = 34.1 C
13 as 19h, no leito, não foi
Adm. med. cacão do leito no leito
Atendido 2 vezes no dia

Clín. Assessoria Médica
Téc. de Enfermagem
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

19h 17h Adm. a medicação
CPM e Afonso 55
Lúcia Alves Gomes
Técnica de Enfermagem
COORDENADORA 907 879-TEC



18 OUT. 2018

414
2

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|---|---|-------|-------|--|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 22/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN | | | | |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 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 | | | | | |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES. | | | | | |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. | | | | | |
| # SOLICITADO: | | | | | |
| # CONDUTA: | | | | | |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: | | | | | |
| # PREVISÃO DE ALTA: | | | | | |
| SINAIS V | PA | FC | FR | Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia | |
| 6 H | | | | | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | | | | | |

17:00:

Realizado procedimento de goteira SSV, adm. med. com. Segue aos cuidados de enfermagem.

18:00: Realizado procedimento de goteira SSV, adm. med. com. Segue aos cuidados de enfermagem.

Rosane Pereira de Fátima
Técnicas de Enfermagem
COREN-RR 504 666-TEC

18 OUT. 2018

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|---|---|------------|-------|--|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| GOVERNO DE RORAIMA | DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | HAS DM2 | | | | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 23/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL ZERO | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H SN | | | | |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 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 | | | | | |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES. | | | | | |
| # EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. | | | | | |
| # SOLICITADO : | | | | | |
| # CONDUTA : | | | | | |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: | | | | | |
| # PREVISÃO DE ALTA : | | | | | |
| SINAIS V | PA | FC | FR | Dr. Thiago Muniz CRM/RR 2009 Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia | |
| 6 H | | | | | |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | | | | | |

18 OUT. 2018

| SUS Sistema Único de Saúde | | Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
|---|--|---------------------|--|--|--|
| 1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | | | 2 - CIES | |
| 3 - NÚMERO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | | | 4 - CIES | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | |
| 7 - DATA DE NASCIMENTO | | | | 8 - SEXO | |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL | | | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | | | 14 - CDD. RIBE MUNICÍPIO | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | | | 15 - UF | |
| | | | | 16 - CEP | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | | | | | |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL | | | | | |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | | | | | |
| 23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | | |
| 26 - CLÍNICA | | | | | |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| 28 - DOCUMENTO | | | | | |
| 29 - DOCUMENTO (CONSUE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | | | | |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO | | | | | |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | | | | | |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO | | | | | |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA | | | | | |
| 37 - Nº DO BILHETE | | | | | |
| 38 - SÉRIE | | | | | |
| 39 - CNPJ EMPRESA | | | | | |
| 40 - CNAE DA EMPRESA | | | | | |
| 41 - CBOE | | | | | |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | | | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | | |
| 44 - CDD. ORGÃO EMISSOR | | | | | |
| 45 - DOCUMENTO | | | | | |
| 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | | | |

DOCUMENTO ORIGINAL 18 OUT. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: ____/____/____ OS: ____

Artigo 9, inciso IV

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx TAUUS (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TTO corrigido

TIPO DE INTERVENÇÃO: osteossíntese fx TAUUS.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: d

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. Argenio 1º AUXILIAR: Dr. Patrício

2º AUXILIAR: Dr. Marcos INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: 8

RELATÓRIO CIRURGICO

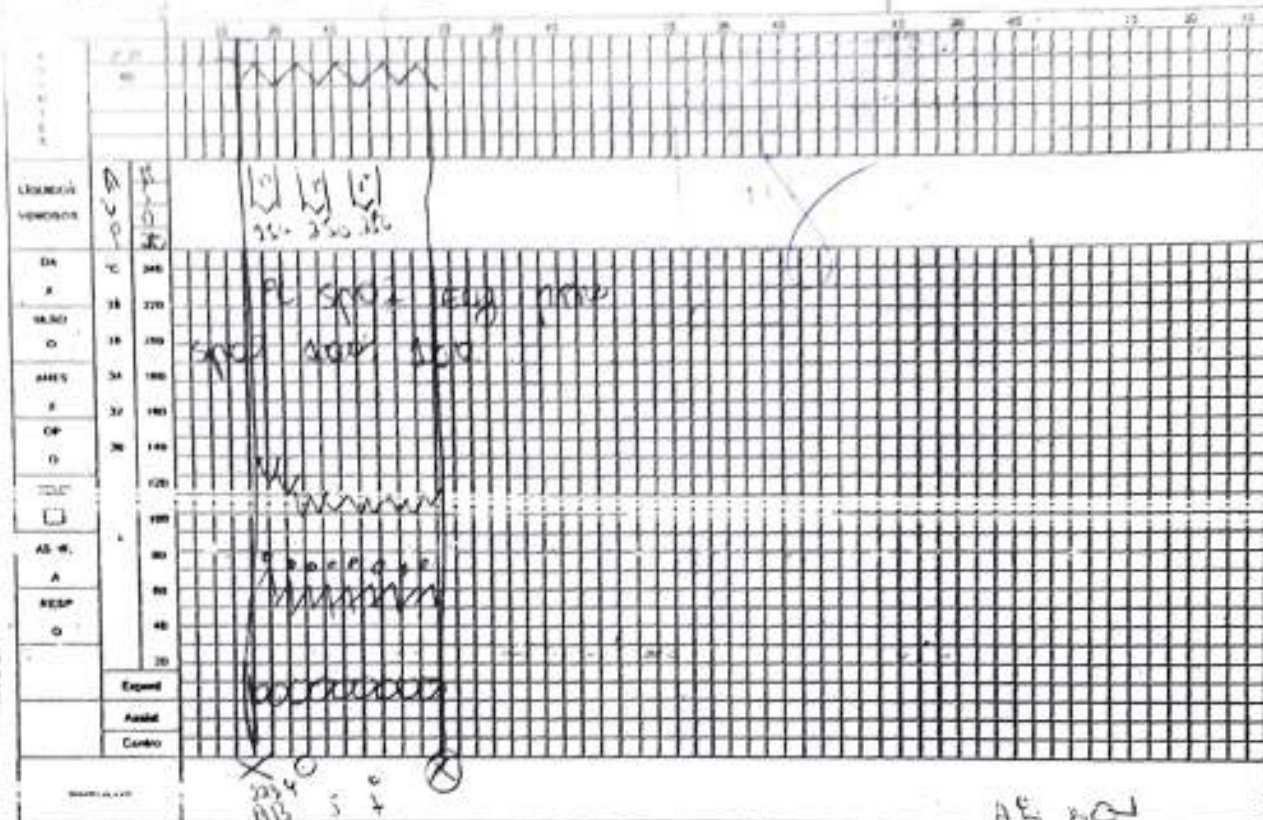
- 1) Paciente em sala de cirurgia
 - 2) Anestesia + analgesia
 - 3) Redução + fixação percutânea de fratura de tíbia com 2,5mm de arvore intrafemorale
 - 4) Anestesia
 - 5) Injeção de beto.
 - 6) No 12h.
- DOCUMENTO ORIGINAL
18 OUT. 2018
- Patrick Rabelo José
Medicina e Traumatologia
RQE 154



FICHA DE ANESTESIA

Procedimento: Laparoscopia
- tempo de anestesia: 30 min
- tempo de recuperação: 10 min

Bat 110
23-02-19



| ANESTESIA | DOSES | TECNICA | ANOTAÇÕES |
|-----------|----------------|-----------------------|-------------------------------------|
| A | Propofol 30 mg | Intubação orotraqueal | 1 - Indução com Propofol 30 mg |
| B | | | 2 - manutenção com Propofol 10 mg |
| C | | | 3 - manutenção com Propofol 10 mg |
| D | | | 4 - manutenção com Propofol 10 mg |
| E | | | 5 - manutenção com Propofol 10 mg |
| F | | | 6 - manutenção com Propofol 10 mg |
| G | | | 7 - manutenção com Propofol 10 mg |
| H | | | 8 - manutenção com Propofol 10 mg |
| I | | | 9 - manutenção com Propofol 10 mg |
| J | | | 10 - manutenção com Propofol 10 mg |
| K | | | 11 - manutenção com Propofol 10 mg |
| L | | | 12 - manutenção com Propofol 10 mg |
| M | | | 13 - manutenção com Propofol 10 mg |
| N | | | 14 - manutenção com Propofol 10 mg |
| O | | | 15 - manutenção com Propofol 10 mg |
| P | | | 16 - manutenção com Propofol 10 mg |
| Q | | | 17 - manutenção com Propofol 10 mg |
| R | | | 18 - manutenção com Propofol 10 mg |
| S | | | 19 - manutenção com Propofol 10 mg |
| T | | | 20 - manutenção com Propofol 10 mg |
| U | | | 21 - manutenção com Propofol 10 mg |
| V | | | 22 - manutenção com Propofol 10 mg |
| W | | | 23 - manutenção com Propofol 10 mg |
| X | | | 24 - manutenção com Propofol 10 mg |
| Y | | | 25 - manutenção com Propofol 10 mg |
| Z | | | 26 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AA | | | 27 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AB | | | 28 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AC | | | 29 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AD | | | 30 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AE | | | 31 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AF | | | 32 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AG | | | 33 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AH | | | 34 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AI | | | 35 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AJ | | | 36 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AK | | | 37 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AL | | | 38 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AM | | | 39 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AN | | | 40 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AO | | | 41 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AP | | | 42 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AQ | | | 43 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AR | | | 44 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AS | | | 45 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AT | | | 46 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AU | | | 47 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AV | | | 48 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AW | | | 49 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AX | | | 50 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AY | | | 51 - manutenção com Propofol 10 mg |
| AZ | | | 52 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BA | | | 53 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BB | | | 54 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BC | | | 55 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BD | | | 56 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BE | | | 57 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BF | | | 58 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BG | | | 59 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BH | | | 60 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BI | | | 61 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BJ | | | 62 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BK | | | 63 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BL | | | 64 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BM | | | 65 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BN | | | 66 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BO | | | 67 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BP | | | 68 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BQ | | | 69 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BR | | | 70 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BS | | | 71 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BT | | | 72 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BU | | | 73 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BV | | | 74 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BW | | | 75 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BX | | | 76 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BY | | | 77 - manutenção com Propofol 10 mg |
| BZ | | | 78 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CA | | | 79 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CB | | | 80 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CC | | | 81 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CD | | | 82 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CE | | | 83 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CF | | | 84 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CG | | | 85 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CH | | | 86 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CI | | | 87 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CJ | | | 88 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CK | | | 89 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CL | | | 90 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CM | | | 91 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CN | | | 92 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CO | | | 93 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CP | | | 94 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CQ | | | 95 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CR | | | 96 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CS | | | 97 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CT | | | 98 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CU | | | 99 - manutenção com Propofol 10 mg |
| CV | | | 100 - manutenção com Propofol 10 mg |

ANESTESIA: DR. GUARINI
CÓDIGO: DR. POTRUCH
COMUNICAÇÃO: DR. ALBERTO
PÉTIMO SANGUÍNEO: 6 - Opium 3g (IV)
7 - Toradol 100 mg (IV)
AO SPAP
18 OUT. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

| | | | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE | | APT OU LEITO | | Nº DO PRONTUÁRIO | | DATA | |
| [Handwritten Name] | | [Handwritten Apt/Leito] | | [Handwritten Nº] | | 23/10/18 | |
| CIRURGIA | | | | | | | |
| TIPO | | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| [Handwritten Tipo] | | | | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL | |
| [Handwritten Início] | | | | [Handwritten Fim] | [Handwritten Tempo Total] | | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | | | |
| CIRURGIÃO | | | | ANESTESISTA: | | [Handwritten Anestesta] | |
| [Handwritten Cirurgião] | | | | RES. ANESTESIA: | | [Handwritten Res. Anestesia] | |
| 1º AUXILIAR | | | | INSTRUMENTADOR | | | |
| [Handwritten 1º Auxiliar] | | | | | | | |
| 2º AUXILIAR | | | | CIRCULANTE | | | |
| [Handwritten 2º Auxiliar] | | | | [Handwritten Circulante] | | | |
| DE ANESTESIA: [Handwritten] | | | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VAL | | |
| 4 | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml | | | |
| 1 | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | | | |
| | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLUCOSADO | | | |
| | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FIO VICRYLN | | | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | | FIO MONONYLON Nº | | | |
| 4 | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | | | |
| 12 | LUVAS P/PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | | | |
| 1 | LÂMINA BISTURINº 30 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | | | |
| | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | | | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | | | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDAN Nº P/INSTRUMENTAL | | | |
| | SERINGA 01ML | | 20ml | SURGICEL 100ml | | | |
| | SERINGA 03ML | | 35ml | CEFAPIOSSO 100ml | | | |
| | SERINGA 05 ML | | 200ml | CEFCATAPATAN Nº | | | |
| | SERINGA 10ML | | | CEFCOAM | | | |
| | SERINGA 20ML | | | CEFCARDIACA | | | |
| | [Handwritten] | | | OUTROS: [Handwritten] | | | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | | VA | |
| INSTRUMENTADOR (A) | | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | | | |
| | | [Handwritten] | SUB- TOTAL | | | | |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE SALA | | | | |
| | | | TAXA DE ANESTESIA | | | | |
| | | | SOMA | | | | |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | | | | | | |

DOCUMENTO ORIGINAL
18 OUT. 2018

[Handwritten Signature]
10:40



NOME: Antonia Oliveira Vieira

DOCUMENTO
ORIGINAL
18 OUT. 2018

Entrada: *Stellen da S. Raimundo*
 Ausg.: *Endenmeyer*
 Coren: *100.000*

ESTADO DE PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA FICÇÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DO SALA DE OPERAÇÕES

Anestesiista Dr. Eudes

PAUSA CIRÚRGICA (Isolamento)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARÃO PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
- ☒ Sítio cirúrgico
- ☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

SAÍDA (Isolamento)

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 CONTÁGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

Bruno Bráulio Costa
Enfermeiro
COREN-PI 324.928

A. Assinatura e Carimbo

18 OUT. 2019



Secretaria de Estado de Saúde
Secretaria Regional de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

| | | | |
|-----------------|--------|-------|----------------|
| UNIDADE / SETOR | QUARTO | LEITO | Nº DE REGISTRO |
| H02 | 414-2 | | |

18 OUT. 2018

NOME DO PACIENTE

Simões Viana

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

| DATA - HORA | PRESCRIÇÃO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM | |
|-------------|--|-------------------------|--------------------------|
| | | HORÁRIO | OBSERVAÇÃO |
| 28/10/18 | 1. Omeprazol 40mg | 300 | Dispositivo Respiratório |
| | 2. Nifedipina 30mg | manhã | 60 CC de 10:10h |
| | 3. Ceftriaxona 1g em 6/6h | 10:10h | NO REQUERIMENTO MONITOR |
| | 4. Ibuprofeno 400mg em 14/14h | 12 | Prescrição de Analgésico |
| | 5. Dipirona 1g em 6/6h | 10:10h | Prescrição com RPA |
| | 6. Sinais vitais 6/6h | Retirar | Prescrição de 27 |
| | | | Cabeça, AFD 27 e HSE |
| | | | com SF 0,91 500 mL |
| | | | Francisco Oliveira |
| | | | Enfermeiro |
| | | | COENFRR 151.648 |
| | 7. Furosemida 10mg + pul AD 8h de 10:10h | | 11:20h P.A. 91x58 mmHg |
| | | | P:80 R:18 T:36,3°C |
| | | | ne. Supra |
| | | | 13 a. J9 |
| | | | PA: 128x82, P: 73 |
| | | | TAX 36,58 R: 20 |
| | | | Administração med. com |
| | | | referido Simões Viana |
| | | | Pac. refere intensas dor |
| | | | adim. sem 7 |

Assinatura do Profissional Responsável
Francisco Oliveira
COENFRR 151.648

414
2

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|------------|
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | 15/05/2018 | DIH | | DN | 18/08/1982 |
| PACIENTE | ANTONIA OLIVEIRA VIEIRA | | | | |
| AGNÓSTICO | FRATURA DE TALUS DIREITO | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | 35 ANOS | LEITO | 414-2 | DATA | 24/05/2018 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORARIO |
| 1 | DIETA ORAL ZERO | | | | |
| 2 | AVP | | | | |
| 5 | TRAMADOL 100MG EV OU 40 GTS VO 8/8 H/SN | | | | |
| 6 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SE DOR | | | | |
| 7 | TILATIL 40 MG EV 1X DIA | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50 MG EV DE 12/12 HORAS | | | | |
| 9 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | | | | |
| 11 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | |
| 12 | CURATIVO DIÁRIO | | | | |
| 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 | | | | | |

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

| SINAIS V | PA | FC | FR | |
|----------|--------|----|----|------|
| 6 H | 115/70 | 96 | 20 | 36,5 |
| 12 H | 140/80 | 96 | 20 | 36,5 |
| 18 H | 120/70 | 96 | 20 | 36,5 |
| 24 H | 120/70 | 96 | 20 | 36,5 |

Dr. Thiago Muniz

CRM/RR 2009

Médico Residente de Ortopedia e Traumatologia

Obs - 7 dias 13 por adm
medicacao + SSVV, foi
pneumonia no MS E.
del 20

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000.417.634

13 dias 14
Realizada a
KS ketone presunç
mar operação de
VV. segue adu
diado da enferme
fem.

José Roberto de Sousa
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 726.767-TEC

18 OUT. 2018



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Antônio Manoel Sousa, 35 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 01/01/18, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura da tibia (D)

NO DIA 23/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Intromissão da Fratura da tibia (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Albino Farias E DR. Patrick Pablos

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/05/18, ÀS 12:00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 06/06/18, ÀS 12:30h, COM O
DR. Marcos Camargo

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Dr. Thiago Muniz

BOA VISTA 24/05/18

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

MÉDICO 18 OUT. 2018

HGR

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: ALCIONE OLIVEIRA MORAES Idade: 36 anos
Data da Liberação: 08/08/18 Hora da Liberação: 09:40 Sexo: F
Registração: 20210813
Setor: 434-02 Lento: — Solicitante: THAYN MULLER 17/08/2009

TESTE RÁPIDO PARA DIAGNÓSTICO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

1º ENSAIO

MÉTODO: Imunocromatografia KIT USADO: ☒ Alere Bioeasy ☐ Abon Bioeasy ☐ Bioclin ☐ Bio-manguinhos
NATUREZA DA AMOSTRA: ☒ Soro ☐ Sangue Total ☐ Plasma NÚMERO DA AMOSTRA: ☒ 1º ☐ 2º ☐ 3º
RESULTADO DO 1º ENSAIO: NÃO REAGENTE

DESCRIÇÃO:

1º Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV aprovado pela portaria n° 29 do ministério da saúde de 2013.

2º O diagnóstico negativo na primeira amostra de HIV do 1º ensaio não descarta a possibilidade de infecção, devendo ser repetido após 30 dias para descartar falso negativo decorrente de janela imunológica.

CONCLUSÃO LABORATORIAL

RESULTADO FINAL: AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV

Observação: Em caso de suspeita de infecção pelo HIV uma nova amostra deverá ser colhida 30 dias após a data de coleta dessa amostra.

Dante S. P. Silvestre
Farmacêutico-Bioquímico
Responsável pela Liberação

Reinaldo Eduardo Costa Jr
Responsável Técnico
CRF - 122

18 OUT. 2018