

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA**, Brasileira, solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 83.744 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 382.370.242-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Argentina, nº 497, Bairro: Cauame CEP: 69.311-009. Tel: (95) 99144-6797 / 99128-7010 - E-mail: leidemaria1267@gmail.com.

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

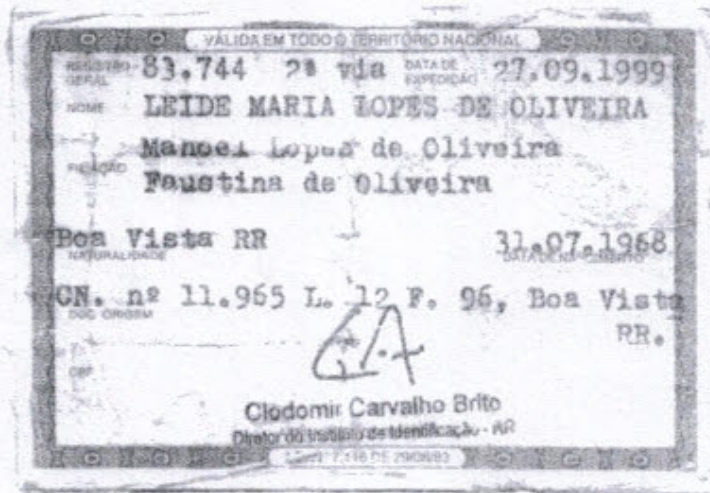
Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 05 / 04 / 2019.

Leide Maria L de Oliveira
LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA, Brasileira, solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 83.744 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 382.370.242-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Argentina, nº 497, Bairro: Cauame CEP: 69.311-009.

Por ser expressão da verdade, firmo o' presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 05 / 04 / 2019.

Leide Mariade Oliveira
LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA, Brasileira, solteira, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 83.744 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 382.370.242-49, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Argentina, nº 497, Bairro: Cauame CEP: 69.311-009.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 05 / 04 / 2019.

Leide Maria L de Oliveira
LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Leide Maria Lopes de Oliveira, CPF nº 382.370.242-49
Residente e domiciliado à rua Argentina, nº 497, bairro
Cauamé, na cidade de Boa Vista, estado de
Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de
Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de
R\$ 500,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber
de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 05 de abril de 2019.

Leide Maria L de Oliveira
LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 184/2017/DAT - Boa Vista-RR, em 19/04/2017

COMUNICANTE: LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA

RG: 83.744

O. EXP.: SSP: RR

CPF.: 382.370.242-49

ENDEREÇO: RUA ARGENTINA

Nº: 497

BAIRRO: CAUAME

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: DO LAR

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RORAIMA

DATA DE NASCIMENTO: 31/07/1968

IDADE: 48 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL

INCOMPLETO. ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95)99162-7525

Nº REG. CNH: XXXX

NOME DO PAI: MANOEL LOPES DE OLIVEIRA

NOME DA MÃE: FAUSTINA DE OLIVEIRA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 09:30 horas, do dia 07/12/2016, na PA NOVA AMAZONIA, ZONA: RURAL, CIDADE: BOA VISTA-RR aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN ES de PLACA: NAK-2641 CHASSI: 9C2JC30202R11687 de propriedade do Sr. MOADIR LUCENA DE MELO quando seguia no endereço acima citado devido a estrada ser de piçarra o condutor da motocicleta o Sr. MOADIR LUCENA DE MELO derrapou com a mesma vindo a perder o controle da motocicleta ocasionando o acidente onde a comunicante teve a fratura do platô tibial esquerdo, informa ainda que após o ocorrido foram socorridos por terceiros e encaminhado ao PSE-HGR. Que o motivo do BO é para efeito de requerer o SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL E DANOS MATERIAIS
OBSERVAÇÃO:

Leide ML de Oliveira

LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

[Assinatura]
AGENTE DE POLICIA

19 ABR. 2017

[Assinatura]
AGENTE DE POLICIA

Alfa 1712

* Guia de Atendimento 02 *

BLOCO D

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO

HGR
Hospital Geral de Roraima

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		19	
1600693299	07/12/2016 10:25:56	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente	LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA	31/07/1968	48 A 4 M 7 D	705204421065874	38237024249		
Tipo Doc	Documento	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	83744	27/09/1999	F	SOLTEIRO(A)	PARDA	BOA VISTA - RR	
Mãe	FAUSTINA DE OLIVEIRA	Pal	MANOEL LOPES DE OLIVEIRA		Contato	(95) 99161-8568	Ocupação DO LAR
Endereço	RUA - EGITO - 291 - CAUAME - 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						
Sótor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER		EMILIA MACHADO				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC		TOTAL				
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA 10:30 h)	Acidente motociclístico, com trauma de punho/tornozelo.						
Exame Físico	Estável, eufórico, Glasgow 15/15/15. Dor e edema em tornozelo.						
Hipótese Diagnóstica	Fx ?						
SADT - Exames Complementares	☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
1) Analgesia 2mg / EV 10:30							
2) oxiprene 2g / EV 10:30							
3) morfina 1mg / EV 10:30							
4) atropina							
Conduta	☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, S/N Ribeirão Preto, SP 13121-000 AUTENTICAÇÃO 19 ABR 2017 Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.		
	☐ Alta a Pedido		☐ Observação (Até 24h)				
	☐ Alta a Revelia		☐ Internação				
	☐ Transferência para: OR TO PEDIA		Data e Hora da Saída/Alta:				
óbito	☐ Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família				
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Médico					
Impresso por: emilia.machado		Data Hora: 07/12/2016 10:26:58					
				Visto por: <u>Luiza</u> 07/12/16			

600693299

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				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 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° 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 TRAUMÁTICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO EMPREGADO					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

ow ok
402-

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Ferdinando da Silva LEITO: _____
DIAGNÓSTICO: Fa Presc DATA: 08/12/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	* 12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h 303D	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	* 10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06*																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	* 12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	SN																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table><tr><th>GLICEMIA *</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>	GLICEMIA *	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA *	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

BEB, Alvaro
Dor leve
Tramadol Presc

Dr. C. Enrique La Rosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR/463

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00	130 x 76			
24:00				
06:00	100 x 70	92	-	36.5

Ao Bleu 402-3

Testina V. Lameira
Médica
CRM-RR 1429

NJR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Leido José Lopes

LEITO:

DIAGNÓSTICO: Fx Pivô

DATA: 09/12/16

DESCRIÇÃO		HORÁRIO																													
ITEM		SND																													
1	Dieta oral livre	12-24																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-18-24-06																													
3	Cefalotina 1g lamp + AD (EV) 6/6h 303P	10-22																													
4	Tenoxicam 20mg - 1 lamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	06																													
5	Omeprazol 40 mg - 1 lamp EV pela manhã	S/N																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	12-18-24-06																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	14-22-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	SN 18h																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg																														
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th>S/N</th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>	S/N	GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
S/N	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13	MANTER PE ELEVADO																														
14																															
15																															
16																															

Evolução Médica:

B86, Orsueira Abdominal
Traumator Fraco

Dr. C. Enrique La Rosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 483

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00	137x86	70		37,4°C
06:00	123x80	68		35,3°C

16h PA = 138 x 100
P = 76

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Leandro da Silva

LEITO: 402-3

DIAGNÓSTICO: Fx Pivete

DATA: 10/12/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Ceftriaxona 1g lamp + AD (EV) 6/6h <u>SUSP</u>	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22 - 06																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg/ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><thead><tr><th>S/N</th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	S/N	GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
S/N	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13																															
14																															
15																															
16																															

Evolução Médica:

BE6, Febre
Tramadol 100mg

Dr. Enrique La Rosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 483

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00	<u>120x80</u>	<u>79</u>	<u>19</u>	<u>36,5°C</u>
06:00				

4102-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Leoni Reis Agra

LEITO: 402-3

DIAGNÓSTICO: Fx Vela

DATA: 11/12/16

DESCRIÇÃO		HORÁRIO																													
ITEM		SND																													
1	Dieta oral livre	12-24																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	(12-18-24-06)																													
3	Cefalotina 1g - 1 amp + AD (EV) 6/6h SUSP	10-22																													
4	Tenoxicam 20mg - 1 amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	NTF																													
5	Omeprazol 40 mg - 1 amp EV pela manhã	006																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	SN																													
10.	Glicemia capilar (124 mg/dL) → 06:00h Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.																															
14.																															
15.																															
16.																															

Evolução Médica:

BEG, Afeloro
Cirurgia 5"
Tratado Rosco

Dr. C. Enrique La Rosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/R 483

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	<u>100x60</u>	<u>85</u>	<u>19</u>	<u>36</u>
18:00	<u>90x60</u>	<u>80</u>	<u>20</u>	<u>36</u>
24:00	<u>131x76</u>	<u>73</u>	<u>16</u>	<u>36,5°C</u>
06:00	<u>132x88</u>	<u>62</u>	<u>16</u>	<u>36,2°C</u>

402-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

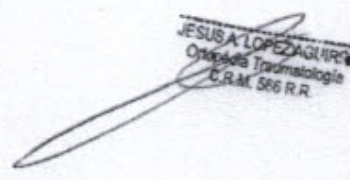
PACIENTE: LEITE NARA CAMILA LEITO: _____
DIAGNÓSTICO: Fratura plav. fíbula DATA: 12/12/11

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h <i>(14pm)</i>	12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10.	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11.	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12.	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13.																															
14.																															
15.	<i>Paciente eutrofo, sem complicações</i>																														
16.																															

Evolução Médica:

Jesus A. Lopez Aguirre
Ortopedia Traumatologia
CRM 366 R.R.

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00	123/68	74	20	36,9°C
24:00	120 x 60	75	20	36,3°C
06:00	130 x 85	72	20	36°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	LEITE MARIA LOPES						
DIAGNÓSTICO	fratura humerária						
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE	42	LEITO	402-3	DATA	13/12/16		
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SND
2	AVP						manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H						12-18-24
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H						10-20
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H						12-18-24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SND
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6 H						
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).						
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%						
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Paciente está evoluindo bem							
 JESUSA LOPEZ AGUIRRE Ortopedia Traumatologia C.R.M. 566 R.R.							
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H							
18 H	110/70	72	36°C	20			
24 H							

OBS: Administrado medicações conforme prescrição das 13:00 as 19:00 e aferido sinais vitais as 18:00 Tec. Franciele

OBS: Dor no local da fratura
 13/12/16
 M.C.P. Siqueira

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNPJ			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO (Razão Social)				3 - CNES			
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				7 - DATA DE NASCIMENTO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Falta acidente, operando de e limitou funcionalidade por egresso							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Cirurgia							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Pr por egresso							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
Fratura Pilon Tibial Tibial do							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 SECUNDÁRIO							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Redução cirúrgica e osteossíntese							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
Cirurgia							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
Eletiva							
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
Tereza R. Lopes Aguiar							
29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
15/12/16							
30 - ASSINATURA E GARANTIA (R. DO REGISTRO DO CONSELHO)							
Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violências)							
31 - Nº DO BILHETE							
32 - SÉRIE							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - VINHULO COM A PREVIDÊNCIA							
37 - EMPREGADOR							
38 - AUTÔNOMO							
39 - DESEMPREGADO							
40 - APOSENTADO							
41 - NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO							
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
47 - ASSINATURA E GARANTIA (R. DO REGISTRO DO CONSELHO)							
29/1/16							
0408050543-588							
479							

402-2

BOLETIM OPERATÓRIO



BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/12/11

O.S. _____

LEITE MARIA LOPEZ

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRACTURA PULSA TIBIAL LATERAL

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO CIRURGICA E FIXAÇÃO INTERNA

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O NÍVEL

CIRURGIÃO: Dra. Sayuri

1º AUXILIAR: Dr. Jery

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: PADOV

ANESTESISTAS: Dr. Bruno

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente anestesiado, gordo
- Desprezar antilepmu, campos esterilizados
- Incisão lateral, desde o 1º espaço intercostal até o 1º espaço intercostal, com bloqueio e punção
- Incisão lateral, desde o 1º espaço intercostal até o 1º espaço intercostal, com bloqueio e punção
- Sutura, atadura

JESUS A. LOPEZ AGUIAR
Ortopedia Traumatologia
CRM 568 R.R.

Dra. Lívia Sayuri
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1572 R.R.



FICHA DE ANESTESI

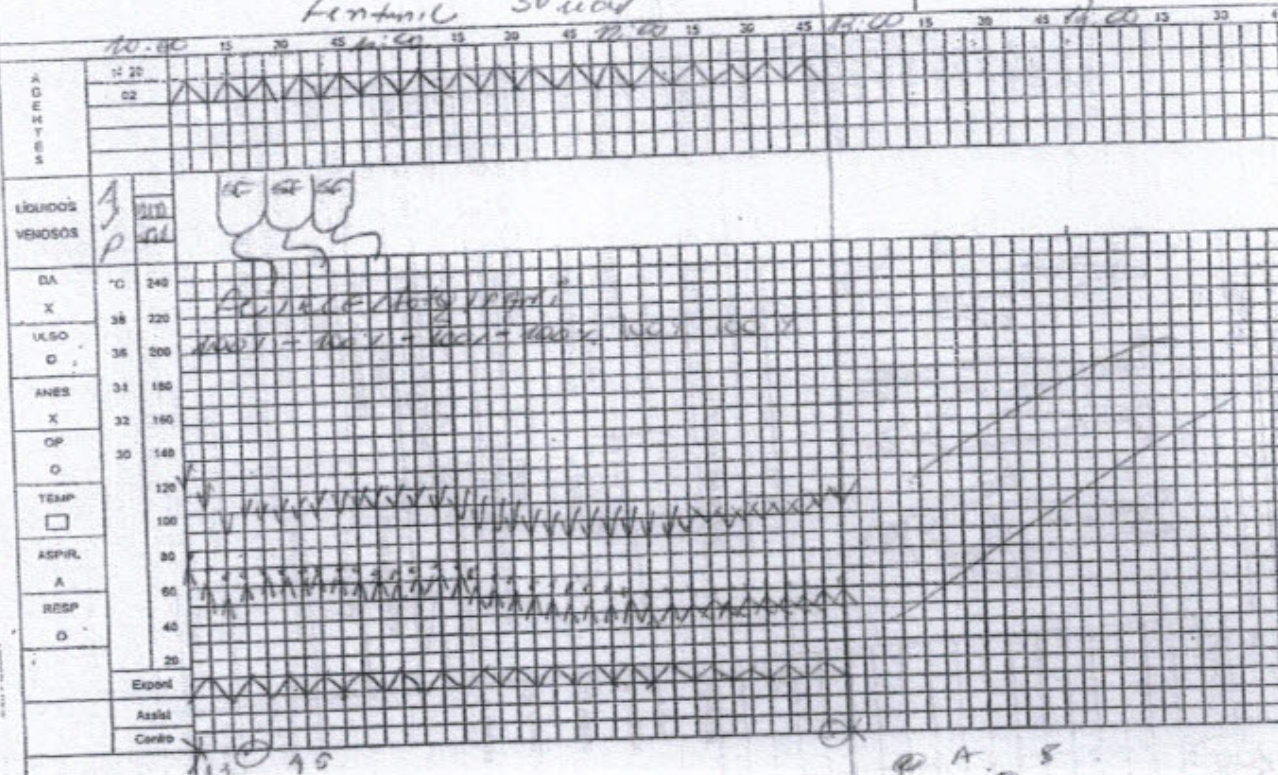
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amizade Patrimônio das Gerações"

Leide Maria Gomes de Oliveira, 47 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Indozolon 2,5

Fertilis 50 near

N^o

SÍMBOLOS

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Adipolone	254		1 - Afantogel, Rm 2
B	Fontal	20 mg	- Raguamling bomb	10 - Afantogel / Afantogel 01. 01. 01
C	Bra 0.5% An	12	12-13 normal anes	Primeiro ponto de anest
D			2 - Fontal 25 mg	2 - Ponto de anest
E			3 - Fontal 25 mg	7 - Anes 25 mg
F				8 - Anes 25 mg
G				9 - Anes 25 mg
H	GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Haze / Orl Faringea	10 - Anes 25 mg
I	INDO		Haze / Orl Faringea - Cega	11 - Anes 25 mg
J	SANGUE		Bal - Temp - Carga do Tubo	12 - Anes 25 mg
			Sob Mucosa	13 - Anes 25 mg
			Dificuldade Técnica	14 - Anes 25 mg
			TEMPO DE ANESTESIA	15 - Anes 25 mg
TOTAL	24 0.5% Anes		02.50h	16 - Anes 25 mg
OPERAÇÃO	Osteomintese Pélao Rival			17 - Anes 25 mg

ANESTHESIA

HESTER
L. Brown

CÓDIGO

COPYRIGHT

Dr. Jerns!

PERDA SANGUINEA

PERDIDA SANGUÍNEA

Caupitana

Dr. Lammara (K)

Bra. fuzui^c

Ednara Trindade D. C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1025

Grupos 12

HOSPITAL GERAL DE JUIZ DE FORA
Av. Alameda Cordeiro, 310
Novo Planalto - 36.051-212 - JUF - MG
AUTENTICAÇÃO
19 ABR. 2017
Fidelis
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Paulo Henrique Lopes de Jesus
Cirurgião Responsável Dr. Paulo

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

☒ PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

☐ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☐ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☐ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ AOXIMENTRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não
- ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Não
- ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☐ Não
- ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 15/04/19 Assinatura e Carimbo Hora: 10:02

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Paulo

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☒ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PERFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONALIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO DEPARTAMENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO VERIFICAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPREENSIVAMENTE, ESTÃO CORRESPONDENDO À DOSE ABICAM)

☒ COMO A ANESTESIA PARA A TOMA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA, INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☒ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO.

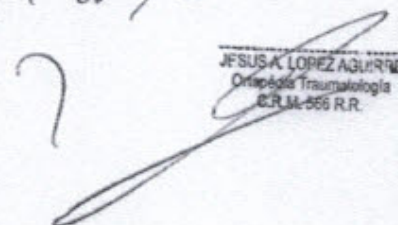
☒ O NOME DO CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE VERIFICAÇÃO

☒ PROCEDE SOB O SEU NOME E A EQUIPE DE ENFERMAGEM DE VERIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paulo Henrique Lopes de Jesus
Cirurgião Responsável
Carimbo: 002.297.114

Assinatura e Carimbo

2102-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 		
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	LEITE HANIL 12/07			
DIAGNÓSTICO	Fim de Aln ROR -			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	42	LEITO	16/14/16	
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE		5 MD	
2	AVP		12:00	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H		12:00	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		12:00	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		12:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		12:00	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SN	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
Recut + cur, do  JFSUS A. LOPEZ AGUIRRE Ortopedia Traumatologia CRM-556 R.R.				
SINAIS VITAIS		120/71	83	36.0
6 H		123/69	81	36.0
12 H		130/70	82	36.48
18 H		130/60	87	36.50
24 H				

402



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




DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	LEI ME NAM LOPEZ				
DIAGNÓSTICO	fractura de fêmur				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				12:00
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				12:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				15:30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SA
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SA
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV (S/N)				SA
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SA
11	CURATIVO DIÁRIO				M Rotina
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pacient su d ce a bon andar

17/12/16

MRA

Cor 170 CC

JESUSA LOPEZ AGUIAR
Ortopedia Traumatologia
CRM 503 R.R.

JESUSA LOPEZ AGUIAR
Ortopedia Traumatologia
CRM 503 R.R.

SINAIS VITAIS

6 H	120x70	86	70	36.1
12 H	120x60	90	78	36.6
18 H				
24 H				

18h. A medicação do item 3 foi circulada, nos tem na farmácia. Rec. &

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

19 ABR 2017

[Assinatura]

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

SINISTRO 3190165881 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO LEIDE MARIA LOPES DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 38237024249

Posição em 01-04-2019 16:41:25

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Boletim de ocorrência	Vitima	Não Conforme	
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	DENILZE CORREA DANTAS

