



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza  
OAB/RR 340B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE:** RAIMUNDO ARAUJO VERAS NETO, brasileiro(a),  
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: ADJUDICAR DE SERVIÇOS GERAIS  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 94971 SSP/RR e inscrito(a) no  
CPF/MF nº 663.888.052-72 residente R. 522, nº 1477  
Bairro: STA LUZIA, no município BOA VISTA /RR, telefone:  
984012618, E-mail: \_\_\_\_\_  
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na  
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento  
particular nomeia e constitui seus procuradores.

**OUTORGADOS:** SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

**PODERES ESPECIAIS:** para representá-lo no processo em Foro em Geral com a  
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

BOA VISTA /RR 26, de 02 de 20 18.

Raimundo Araújo Vera Neto

Outorgante

CPF/MF nº

Raimundo Araújo Vera Neto

Fones: (95) 99151 0959 / 99139 0860 / 3624 4011

Rua: General Penha Brasil, 102 - Centro - Boa Vista - RR



Paulo Sérgio de Souza  
Advogado e Consultor

Mr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 117.0

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Raimundo Araújo VERA Neto, estado civil SOLTEIRO, RG nº 94971, e CPF nº 663.888.052-72, residente e domiciliada à RUA S 22 Nº 1477 Bairro: Santa Luzia, Cidade Bon Vista RR - Roraima, telefone (95) 984012618.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Bon Vista, 26 de fevereiro de 2018.

Raimundo Araújo VERA Neto

DECLARANTE





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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001125/2018

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/01/2018 11:17 Data/Hora Fim: 08/01/2018 11:30  
Origem: Polícia Judiciária Data: 08/01/2018  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 18/09/2016 05:00

#### Local do Fato

Município: Bonfim  
Logradouro: BR-401

Tipo do Local: Área Rural

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

### ENVOLVIDO(S)

Nome: RAIMUNDO ARAUJO VERA NETO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 09/03/1960  
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Raça/Cor: Parda  
Nome da Mãe: Joyce Araujo Veras

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA S-22  
Bairro: SANTA LUZIA  
Telefone: (95) 99840-1261 (Celular)

Nº: 1477



### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Grupo: Veículo                     | Subgrupo: Motocicleta/Motoneta      |
| Placa: NBA1393                     | Número do Chassi: 9C2KC1670DR026701 |
| Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013   | Cor: VERMELHA                       |
| UF Veículo: Roraima                | Município Veículo: Boa Vista        |
| Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI | Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI        |
| Veículo Adulterado? Não            | Quantidade: 1 Unidade               |
| Situação: Envolvido                |                                     |

| Nome Envolvido            | Envolvimentos |
|---------------------------|---------------|
| Raimundo Araujo Vera Neto | Possuidor     |

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante RAIMUNDO ARAUJO VERAS NETO, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia a



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida  
Data de Impressão: 08/01/2018 11:31  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 001125/2018

motocicleta supracitada, de propriedade de ALINE VERAS DE ARAUJO, trafegava pela BR-401, sentido Bonfim/Boa Vista, quando perdeu o controle da motocicleta, vindo a descer o aterro; QUE devido ao acidente o comunicante teve FRATURA DA ESPINHA COSTAL; QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU REGIONAL, mas que a via não foi localizada; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato OBS: O COMUNICANTE NÃO É HABILITADO

ASSINATURAS

*Maria Selma Melo de Almeida*  
Agente de Polícia Civil

Matr. 042000213

Maria Selma Melo de Almeida  
Responsável pelo Atendimento

*Raimundo Araujo Vera Neto*

Raimundo Araujo Vera Neto  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dou origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



| BLOCO B                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE<br>AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO |                 | FICHA DE ATENDIMENTO |                       | TRAUMATOLOGIA |                 | DIURNO 07-19 |  | 22 |  |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------|-----------------|--------------|--|----|--|
| Paciente                                                        | Data Nascimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Idade                                                                                                                                                     | CNS             | CPF                  | Prontuário            |               |                 |              |  |    |  |
| RAIMUNDO ARAUJO VERAS NETO                                      | 09/03/1960                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 56 A 6 M 9 D                                                                                                                                              | 898003057881272 | 66388805272          |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Tipo Doc                                                        | Documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Órgão Emissor                                                                                                                                             | Data Emissão    | Sexo                 | Estado Civil          | Raça/Cor      | Naturalidade    |              |  |    |  |
| PIS-PASEP                                                       | 1664792038-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SRTE/RR                                                                                                                                                   | 12/01/2012      | M                    | SOLTEIRO(A)           | PARDA         | BOA VISTA - RR  |              |  |    |  |
| Mãe                                                             | 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                           |                 | Pai                  | BENTO DE ARAUJO VERAS |               | (95) 98117-4109 |              |  |    |  |
| Endereço                                                        | - BR 401 --- BONFIM - RR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               | Ocupação        | AGRICULTOR   |  |    |  |
| Class. de Risco                                                 | Plano Convênio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nº da Carteira                                                                                                                                            | Validade        | Autorização          | Sis Prenatal          |               |                 |              |  |    |  |
|                                                                 | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Motivo do Atendimento                                           | Caráter do Atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Profissional do Atend.                                                                                                                                    | Procedência     | Temp.                | Peso                  | Pressão       |                 |              |  |    |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                                | URGÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Setor                                                           | Tipo de Chegada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Procedimento Sol.                                                                                                                                         | Registrado por: |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| GRANDE TRAUMA                                                   | SAMU REGIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                           | EMILLY.ASSUNCAO |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Queixa Principal                                                | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita do Dengue                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Anamnese de Enfermagem                                          | GSC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                           | TOTAL           |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
|                                                                 | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)                     | História de um mês, nuzo vômitos; Poente alodigraia mol: moço burgo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Exame Físico                                                    | H.P.R. nuzo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Hipótese Diagnóstica                                            | M. Vên Púrpura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| SADT - Exames Complementares                                    | <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| PRESCRIÇÃO                                                      | APRAZAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                           | OBSERVAÇÃO      |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| TS MV + , R, R                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| c. Bmf 2+, R, R                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| D Chocscowls                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| E. Pelva, Abdomen.                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| S. Depurono 2gr EV                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Conduta                                                         | <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido    2. Tumorcom 4cmq <input checked="" type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação<br><input type="checkbox"/> Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| óbito                                                           | Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica ____/____/____                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                           | Assinatura do Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |
| Impresso por: emilly.assuncao<br>Data Hora: 18/09/2016 13:10:24 | Visto por:<br><br>22.09.16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                           |                 |                      |                       |               |                 |              |  |    |  |



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

**PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR**

|                                  |                                         |            |
|----------------------------------|-----------------------------------------|------------|
| REG: 4333/2016                   | D.N.:                                   |            |
| NOME: RAIMUNDO ARAUJO VERAS NETO | IDADE:                                  | SEXO: MASC |
| EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL        |                                         |            |
| PROCEDÊNCIA: GRANDE TRAUMA       | MÉDICO SOLICITANTE: DR. EDUARDO PEREIRA |            |

**LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO**

**FÍGADO:** Em topografia habitual. Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa, normais. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto normais. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

**VESÍCULA BILIAR:** Normodistendida. Paredes normais, conteúdo anecóico. Colédoco de diâmetro e aspecto normal, sem imagens no seu interior.

**PÂNCREAS:** Não visibilizado

**BAÇO:** Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa, normais.

**RINS:** Topografias habituais. Formas, volumes, contornos, ecotexturas parenquimatosas e coletoras normais. Relações córtico-medulares normais e mantidas. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsulas preservadas.

**VCI E AORTA:** Trajetos e calibres e normais. Dificil visualização devido à interposição de alças.

**SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS:** Íntegros, ausência de líquido no momento.

**BEXIGA:** Paredes e conteúdo normais.

**ID:** Estudo ecográfico de aspecto habitual

**OBS:** No momento do exame, não se evidenciou líquido livre em cavidades abdominal, pleural e pericárdica

Correlacionar com os dados clínicos e exames complementares

EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.

Boa Vista - RR, 18/9/2016 16:22

Dr. Luis Bermejo Galan  
CRM-1208/RR

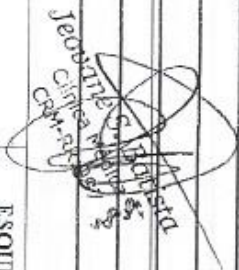


Hospital Geral de Roraima - HGR  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto  
CEP: 69360-000, Boa Vista - RR. Telefone: (095) 2121-0600  
E-mail: hosprsb@ibest.com.br



PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

208-4

| UNIDADE/SETOR: BLOCO B                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |        |                     | QUARTO BLOCO B |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|---------------------|----------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE: Raimundo Araújo Neto                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |        |                     |                |                |
| DATA/HORA                                                                                                                                                                                               | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |        |                     |                |                |
| 26/09/16                                                                                                                                                                                                | 1. Dieta livre<br>2. SF 0,9 % 500 ml EV ACM<br>3. Dipirona 2 g EV 6/6 h fixo<br>4. Metoclopramida 10 mg VO 8/8 h SN<br>5. Tilatil 20 mg EV de 12/12 h<br>6. Tramal 40 gts VO de 6/6 h fixo<br>7. Repouso no leito.<br>8. Aguarda USG de partes moles<br>9. Morfina 10 mg + AD 9 ml fazer 5 ml EV de 4/4 h se dor intensa<br>10.<br>11.<br>12.<br>13. |        |        |                     |                |                |
| <div style="text-align: center;"> <br/>             Jeonnyne V. de A. Silva<br/>             Gerente           </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |        |                     |                |                |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |        | ESQUEMA DE INSULINA |                | MEDICAÇÃO      |
| HORÁRIO                                                                                                                                                                                                 | 12H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 18H    | 24H    | 06H                 | DEXTRO         | INSULINA       |
| PA                                                                                                                                                                                                      | 136x95                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 150/90 | 110x80 |                     | <70            | GH 50% 40ML EV |
| FC                                                                                                                                                                                                      | 66                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 73     | 80     |                     | 0 a 150        | 0              |
| TEMP. AXILAR                                                                                                                                                                                            | 36,2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 36,2   |        |                     | 151 a 200      | 2U1            |
| FR                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |        |                     | 201 a 250      | 4U1            |
| DIURESE                                                                                                                                                                                                 | 44                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |        |                     | 251 a 300      | 6U1            |
| EVACUAÇÃO                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |        |                     | 301 a 350      | 8U1            |

1040. Paciente  
 foi medido USG  
 das partes moles  
 no período. 20/9

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

|                                        |                                                                  |                |                 |     |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----|
| UNIDADE/SETOR: BLOCO B                 |                                                                  | QUARTO BLOCO B | LEITO:<br>207-1 | DN: |
| NOME DO PACIENTE: Raimundo Araújo Neto |                                                                  |                |                 |     |
| DATA/HORA                              | PRESCRIÇÃO                                                       | HORÁRIO        |                 |     |
| 24/09/16                               | 1. Dieta livre                                                   | SND            |                 |     |
|                                        | 2. SF 0,9 % 500 ml EV ACM                                        | 08:12          |                 |     |
|                                        | 3. Dipirona 2 g EV 6/6 h fixo                                    | AQM            |                 |     |
|                                        | 4. Metoclopramida 10 mg VO 8/8 h SN                              | 12:18 24:06    |                 |     |
|                                        |                                                                  | S/N            |                 |     |
| 07/7                                   | 5. Tilatil 20 mg EV de 12/12 h                                   | 08:12          |                 |     |
|                                        | 6. Tramal 40 gts VO de 6/6 h fixo                                | 12:18 24:06    |                 |     |
|                                        | 7. Repouso no leito.                                             | manter         |                 |     |
|                                        | 8. Aguarda USG de partes moles                                   |                |                 |     |
|                                        | 9. Morfina 10 mg + AD 9 ml fazer 5 ml EV de 4/4 h se dor intensa | S/N            |                 |     |
|                                        | 10.                                                              |                |                 |     |
|                                        | 11.                                                              |                |                 |     |
|                                        | 12.                                                              |                |                 |     |
|                                        | 13.                                                              |                |                 |     |

| SINAIS VITAIS |        |        |        | ESQUEMA DE INSULINA REGULAR |           |                | MEDICAÇÃO DE GLICEMIA |      |        |
|---------------|--------|--------|--------|-----------------------------|-----------|----------------|-----------------------|------|--------|
| HORÁRIO       | 12H    | 18H    | 24H    | 06H                         | DEXTRO    | GH 50% 40ML EV | INSULINA              | HORA | DEXTRO |
| PA            | 120/80 | 120/80 | 120/80 | 120/80                      | <70       | GH 50% 40ML EV |                       | 7H   |        |
| FC            | 66     | 66     | 66     | 66                          | 0 a 150   | 0              |                       | 11H  |        |
| TEMP. AXILAR  | 36,5   | 36,5   | 36,5   | 36,5                        | 151 a 200 | 2UI            |                       | 17H  |        |
| FR            |        |        |        |                             | 201 a 250 | 4UI            |                       | 21H  |        |
| DIURESE       |        |        |        |                             | 251 a 300 | 6UI            |                       |      |        |
| EVACUAÇÃO     |        |        |        |                             | 301 a 350 | 8UI            |                       |      |        |

27/04/16

hemograma e ECGs normais

PCR - 16

glicose - 111

Pré-eclâmpsia edema do dor  
Muito edema em face e

Crise geral hipertensão TC de abdome  
com contraste.

Jeovane S. Batista  
Clínica Médica  
CRM-RR-9973

29/04/16

Pré-eclâmpsia, encefalopatia, epul,  
sem grandes lesões.

Apresenta meninges de TC de

abdome - normal

Jeovane S. Batista  
Clínica Médica  
CRM-RR-9973

30/04/16

Pré-eclâmpsia, sem grandes lesões, segue  
apresentando meninges de

TC de abdome

normal - normal

Jeovane S. Batista  
Clínica Médica  
CRM-RR-9973

01/05/16

Crise eclâmpsica

Retorno Segundo - Rote

TC segundo pt 03/10 07 9:00

Jeovane S. Batista  
Clínica Médica  
CRM-RR-9973

03/05/16

Pré-eclâmpsia sem TC lesões por estar  
a menos de 10 dias. Devido a pré-eclâmpsia estar  
instável, em internamento no fundo  
renal, após por alta hospitalar e encaminha  
para tratamento de hipertensão no HUS

Jeovane S. Batista  
Clínica Médica  
CRM-RR-9973

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA 207-1

140

| UNIDADE/SETOR: |                                               | ÁREA                                             | NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO ARAUJO NETO | LEITO: 00 |
|----------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|
|                |                                               | HD: FRATURA DE PROCESSO ESPINHOSO/ ARCOS COSTAIS |                                        |           |
| DATA/HORA      | PRESCRIÇÃO                                    |                                                  |                                        |           |
| 22/09/2016     | 1. Dieta oral livre                           |                                                  |                                        |           |
|                | 2. SF 0,9% 500 ml EV ACM                      |                                                  |                                        |           |
|                | 3. Omeprazol 40mg EV 1x/dia                   |                                                  |                                        |           |
|                | 4. Dipirona 1g EV 6/6h                        |                                                  |                                        |           |
|                | 5. Plasil 10 mg EV 8/8h (SN)                  |                                                  |                                        |           |
| D4/5           | 6. Tilatil 20mg 12/12h EV                     |                                                  |                                        |           |
|                | 7. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO |                                                  |                                        |           |
|                | 8. Sinais vitais 6/6h                         |                                                  |                                        |           |
|                | 9. Restrição ao leito                         |                                                  |                                        |           |
|                | 10.                                           |                                                  |                                        |           |
|                | 11.                                           |                                                  |                                        |           |
|                | 12.                                           |                                                  |                                        |           |
|                | 13.                                           |                                                  |                                        |           |
|                | 14.                                           |                                                  |                                        |           |

Evolução Médica

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR

|                                                            |                  |
|------------------------------------------------------------|------------------|
| Até 200: 0                                                 | 301 – 350: 06 UI |
| 201 – 250: 02 UI                                           | 351 – 400: 08 UI |
| 251 – 300: 04 UI                                           | > 401: 10 UI     |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bollus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL |                  |

REGISTRO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

| Horário          | 06h    | 11h | 17h | 23h    |
|------------------|--------|-----|-----|--------|
| PA               | 120x70 |     |     | 130x70 |
| FC               | 70     |     |     | 87     |
| Tax              | 36c    |     |     | 36c    |
| FR               | —      |     |     | —      |
| Evacuação        | —      |     |     | —      |
| Diurese          | +      |     |     | +      |
| Dextro           | —      |     |     | —      |
| Insulina Regular | —      |     |     | —      |
| SNG              | —      |     |     | —      |
| Dreno            | —      |     |     | —      |

15/09/2016  
CIMA/RP/1575

DIÁRIA

|                                                  |                                               |                  |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| UNIDADE/SETOR: HRSB - GT/PSFE                    |                                               | ÁREA: VERDE      |
| NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO ARAUJO NETO           |                                               | LEITO: 00        |
| HD: FRATURA DE PROCESSO ESPINHOSO/ ARCOS COSTAIS |                                               |                  |
| DATA/HORA                                        | PRESCRIÇÃO                                    | HORÁRIO          |
| 20/09/2016                                       | 1. Dieta oral livre                           | SN               |
|                                                  | 2. SF 0,9% 500 ml EV 6/6h                     | 20/09/2016 12:18 |
|                                                  | 3. Dipirona 1g EV 6/6h                        | 20/09/2016 12:18 |
|                                                  | 4. Morfina 10mg fazer 5ml de 8/8 SN<br>AD 9ml | SN               |
|                                                  | 5. Plasil 10 mg EV 8/8h - SN                  | SN               |
|                                                  | 6. Tilatil 20mg 12/12h EV                     | 20/12            |
|                                                  | 7. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO | 8/8/12/18        |
|                                                  | 8. Sinais vitais 6/6h                         |                  |
|                                                  | 9. Restrição ao leite                         |                  |
|                                                  | 10.                                           |                  |
|                                                  | 11.                                           |                  |
|                                                  | 12.                                           |                  |
|                                                  | 13.                                           |                  |
|                                                  | 14.                                           |                  |

| Evolução Médica                                           |                  |
|-----------------------------------------------------------|------------------|
| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                               |                  |
| Até 200: 0                                                | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI                                          | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI                                          | > 401: 10 UI     |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL |                  |

| REGISTRO DE ENFERMAGEM |     |     |     |     |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|
| SINAIS VITAIS          |     |     |     |     |
| Horário                | 06h | 11h | 17h | 23h |
| PA                     |     |     |     |     |
| FC                     |     |     |     |     |
| Tax                    |     |     |     |     |
| FR                     |     |     |     |     |
| Evacuação              |     |     |     |     |
| Diurese                |     |     |     |     |
| Dextro                 |     |     |     |     |
| Insulina Regular       |     |     |     |     |
| SNG                    |     |     |     |     |
| Dreno                  |     |     |     |     |

30 NOV. 2017

Certifico e sou responsável por esta cópia e fidelidade da original que foi apresentada para a...

Dr. Paulo Sergio de Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

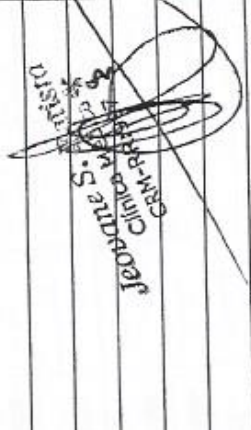
|                                                   |                                               |             |       |       |    |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|-------|-------|----|
| UNIDADE/SECTOR:                                   | HRSB - GT/PSFE                                | ÁREA:       | VERDE | LITO: | 00 |
| NOME DO PACIENTE: RAIMUNDO ARAUJO NETO            |                                               |             |       |       |    |
| HD: FRATILHA DE PROCESSO ESPINHOSO/ ARCOS COSTAIS |                                               |             |       |       |    |
| DATA/HORA                                         | PRESCRIÇÃO                                    | HORÁRIO     |       |       |    |
| 21/09/2016                                        | 1. Dieta oral livre                           | SND         |       |       |    |
|                                                   | 2. SF 0,9% 500 ml EV ACM                      | ACM ✓       |       |       |    |
|                                                   | 3. Dipirona 1g EV 6/6h                        | 12-15-21-06 |       |       |    |
|                                                   | 4. Plasil 10 mg EV 8/8h - SN                  | SN ✓        |       |       |    |
| D3/5                                              | 5. Titrul 20mg 12/12h EV                      | 12-22       |       |       |    |
|                                                   | 6. INSULINA REGULAR, CONFORME ESQUEMA AO LADO | Mussulins   |       |       |    |
|                                                   | 7. Sinais vitais 6/6h                         | BOM         |       |       |    |
|                                                   | 8. Restrição ao leito                         | Restrição   |       |       |    |
|                                                   | 9. <i>Mussulins to 12/12h</i>                 | 12-24/25    |       |       |    |
|                                                   | 10.                                           |             |       |       |    |
|                                                   | 11.                                           |             |       |       |    |
|                                                   | 12.                                           |             |       |       |    |
|                                                   | 13.                                           |             |       |       |    |

*[Signature]*  
Residente em Clínica  
Dr. [Name]

Evolução Médica

|                                                    |                  |  |  |
|----------------------------------------------------|------------------|--|--|
| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR                        |                  |  |  |
| Até 200: 0                                         | 301 - 350: 06 UI |  |  |
| 201 - 250: 02 UI                                   | 351 - 400: 08 UI |  |  |
| 251 - 300: 04 UI                                   | > 401: 10 UI     |  |  |
| GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL. |                  |  |  |

|                        |     |          |     |     |
|------------------------|-----|----------|-----|-----|
| REGISTRO DE ENFERMAGEM |     |          |     |     |
| SINAIS VITAIS          |     |          |     |     |
| Horário                | 06h | 11h      | 17h | 23h |
| PA                     |     | 123 x 67 |     |     |
| FC                     |     | 76       |     |     |
| Tax                    |     |          |     |     |
| FR                     |     |          |     |     |
| Evacuação              |     |          |     |     |
| Diurese                |     |          |     |     |
| Dextro                 |     |          |     |     |
| Insulina Regular       |     |          |     |     |
| SNG                    |     |          |     |     |
| Dreno                  |     |          |     |     |

| UNIDADE / SETOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            | QUARTO                                                   | LEITO                      | Nº DE REGISTRO |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------|---|---|---|----|-------|----|----|--|--------|-------|----|----|--|--------|-------|----|----|--|--------|-------|--|--|--|--|
| H6L                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                            |                                                          | 203-1                      |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                            |                                                          |                            |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| Paimonda Mendes Alves                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                                          |                            |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                            |                                                          |                            |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| DATA / HORA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                 | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM                                  |                            |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            | HORÁRIO                                                  | OBSERVAÇÃO                 |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| 23/06/16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1) Diferença de peso<br>2) Taquicardia 20% (60) 121/72<br>3) Tensão 40% (60) 8/8<br>4) Dispneia 2x (M) (60) 6/6<br>5) Pulso 120% (60) 9/6<br>6) Período no leito<br>7) Fica após 60% e 40% | - 25ND<br>- 08<br>- 24.22.06<br>- 25.18.45<br>- 25.51.25 | - Orientado<br>- Rastreado |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;"> <br/>           Jéssica S. Costa<br/>           Enfermeira<br/>           CRM-PR 11.511         </div>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                            |                                                          |                            |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>hora</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>PA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td>66</td> <td>66</td> <td></td> <td>140x79</td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>46</td> <td>70</td> <td></td> <td>120x80</td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td>36</td> <td>69</td> <td></td> <td>130x82</td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                            |                                                          |                            |                | hora | T | P | R | PA | 12:00 | 66 | 66 |  | 140x79 | 18:00 | 46 | 70 |  | 120x80 | 24:00 | 36 | 69 |  | 130x82 | 06:00 |  |  |  |  |
| hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | T                                                                                                                                                                                          | P                                                        | R                          | PA             |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| 12:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 66                                                                                                                                                                                         | 66                                                       |                            | 140x79         |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| 18:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 46                                                                                                                                                                                         | 70                                                       |                            | 120x80         |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| 24:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 36                                                                                                                                                                                         | 69                                                       |                            | 130x82         |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |
| 06:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                                          |                            |                |      |   |   |   |    |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |    |    |  |        |       |  |  |  |  |

Jeovane S. Batista  
CRM-RR-997

ASSINATURA:

27/04/16 US6 de parte mola:  
Exigido livre em couro de alcatraz  
? pulso?  
Sobretudo para o Cinto geral  
Sobretudo para as orelhas

Jeovane S. Batista  
CRM-RR-997

26/04/16 Recibo de US6

Jeovane S. Batista  
CRM-RR-997

24/04/16 Recibo de US6 de parte mola:  
Exigido livre em couro de alcatraz  
? pulso?  
Sobretudo para o Cinto geral  
Sobretudo para as orelhas

Jeovane S. Batista  
CRM-RR-997

23/04/16 Recibo de US6 de parte mola:  
Exigido livre em couro de alcatraz  
? pulso?  
Sobretudo para o Cinto geral  
Sobretudo para as orelhas

Recibo de US6 de parte mola:

DATA  
HORA

EVOLUÇÃO

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

ESTADO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



|                                                  |  |                                                                  |  |                                                                   |  |                                                         |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
|--------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---------------------------|--|----------------------|--|-------------|--|--------------------------|--|----------------------------|--|------------------|--|-------|--|------|--|-------|--|-------|--|------|--|------------|--|---------|--|----|--|----|--|----|--|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                        |  | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                   |  | SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA                                         |  | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                       |  | DATA DE ADMISSÃO                  |  | PACIENTE                  |  | RAIMUNDO ARAUJO NETO |  | DIAGNÓSTICO |  | ALERGIAS                 |  | HAS                        |  | DM2              |  | IDADE |  | ANOS |  | LEITO |  | 207-1 |  | DATA |  | 25/09/2016 |  | HORÁRIO |  |    |  |    |  |    |  |
| 1                                                |  | DIETA ORAL LIVRE                                                 |  | SF 0.9% 500ML EV ACM                                              |  | MORFINA 10MG+AD 9ML FAZER 4ML EV DE 4/4H SE DOR INTENSA |  | DIPIRONA 1 AMPOLA EV DE 6/6H FIXO |  | TRAMAL 40GTS VO 6/6H FIXO |  | SINAIS VITAIS 6/6H   |  | CG          |  | AGUARDA USG PARTES MOLES |  | OMEPRAZOL 20MG EV EM JEJUM |  | REPOUSO NO LEITO |  | 11    |  | 12   |  | 13    |  | 14    |  | 15   |  | 16         |  | 17      |  | 18 |  | 19 |  | 20 |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), |  | 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                                 |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
| SINAIS VITAIS                                    |  | PA                                                               |  | FC                                                                |  | FR                                                      |  | TEMP                              |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
| 6 H                                              |  |                                                                  |  |                                                                   |  |                                                         |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
| 12 H                                             |  | F32/80                                                           |  | 83                                                                |  |                                                         |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
| 18 H                                             |  | F32/80                                                           |  | 83                                                                |  |                                                         |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
| 24 H                                             |  | F32/80                                                           |  | 83                                                                |  |                                                         |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |
|                                                  |  |                                                                  |  |                                                                   |  |                                                         |  |                                   |  |                           |  |                      |  |             |  |                          |  |                            |  |                  |  |       |  |      |  |       |  |       |  |      |  |            |  |         |  |    |  |    |  |    |  |



PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

|                                        |                                                                  |                |                                   |     |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|-----|
| UNIDADE/SETOR: BLOCO B                 |                                                                  | QUARTO BLOCO B | LEITO: 209-1                      | DN: |
| NOME DO PACIENTE: Raimundo Araújo Neto |                                                                  |                |                                   |     |
| DATA/HORA                              | PRESCRIÇÃO                                                       |                | HORÁRIO                           |     |
| 27/09/16                               | 1. Dieta livre                                                   |                | 5:00                              |     |
|                                        | 2. SF 0,9 % 500 ml EV ACM                                        |                | 11:10 - PA=170x100                |     |
|                                        | 3. Dipirona 2 g EV 6/6 h fixo                                    |                | ACM=214x88                        |     |
|                                        | 4. Metoclopramida 10 mg VO 8/8 h SN                              |                | Pul=90 bpm                        |     |
|                                        | 5. Morfina 10 mg + AD 9 ml fazer 5 ml EV de 4/4 h se dor intensa |                | ave: 200                          |     |
|                                        | 6. Tramal 40 gts VO de 6/6 h fixo                                |                |                                   |     |
|                                        | 7. Repouso no leito.                                             |                | ATC N 900                         |     |
|                                        | 8. Aguarda USG de partes moles                                   |                |                                   |     |
|                                        | 9.                                                               |                |                                   |     |
|                                        | 10.                                                              |                |                                   |     |
|                                        | 11.                                                              |                | 40:00 coletado sangue para exames |     |
|                                        | 12. Captopril 25 mg VO se                                        |                | Wc=200 cc                         |     |
|                                        | 13. 11457, 260 em PA, 100 mmHg                                   |                | PA=18, Ave: 70                    |     |

| SINAIS VITAIS | ESQUEMA DE INSULINA REGULAR |          |          |          | MEDICÇÃO DE GLICEMIA |      |
|---------------|-----------------------------|----------|----------|----------|----------------------|------|
|               | 12H                         | 18H      | 24H      | 06H      | INSULINA             | HORA |
| PA            | 102 x 70                    | 100 x 80 | 119 x 70 | 121 x 90 | GH 50% 40ML EV       | 7H   |
| FC            | 70                          | 70       | 51       | 83       | 0                    | 11H  |
| TEMP. AXILAR  | 36.0                        | 35.6     | 36.2     | 36       | 2UI                  | 17H  |
| FR            | +                           | +        | +        | +        | 4UI                  | 21H  |
| DIURESE       | +                           | +        | +        | +        | 6UI                  |      |
| EVACUAÇÃO     |                             |          | +        | +        | 8UI                  |      |

GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
Hospital Geral de Roraima

## RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Raimundo Araújo Veras Neto  
Data de internação: 18/09/2016  
Data de alta: 03/10/2016

Paciente deu entrada no PSFE com sinais de embreaguez alcoólica com história de acidente de trânsito apresentando trauma contuso em região lombar e fraturas de arcos costais.  
TC de abdome e coluna lombo-sacra evidenciou fraturas de processos transversos de L1 a L4. Avaliado pela neurocirurgia que indicou tratamento conservador e analgesia. Evoluindo com dor intensa no local foi encaminhado ao bloco B para exames e seguimento com a clínica médica, sendo solicitado USG de partes moles para avaliação do hematoma/edema em região do flanco E.  
USG mostrou moderada quantidade de líquido livre abaixo de camada aponeurótica. Solicitado parecer da cirurgia geral que solicitou TC com contraste do abdome para melhor avaliação, porém após 3 tentativas de realização, o exame não foi feito por defeito no aparelho.

Devido a demora na marcação de TC e estando o paciente assintomático, recebe alta hoje devendo manter repouso e orientações médicas, retornar em caso de piora e realizar consulta com neurocirurgia no HCM.

Boa Vista, 03 de outubro de 2016

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (95)2121-0615

Jeovane B. Batista  
Clínica Médica  
CRM-PR 957



|                                                                                                                                                                                    |  |                                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|
| <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                                                                                              |  | <b>SUS</b><br>Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE<br>HCR                                                                                                                            |  | 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE<br>HCR      |  |
| 2 - CNES                                                                                                                                                                           |  | 4 - CNES                                                    |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                                                                                                                                                   |  |                                                             |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>Raimundo Azeiteiro Neto                                                                                                                                    |  |                                                             |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>291810131517818112712                                                                                                                        |  |                                                             |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL<br>Raimundo Azeiteiro                                                                                                                           |  |                                                             |  |
| 13 - ENDEREÇO (rua, n.º, bairro)<br>BR 401                                                                                                                                         |  |                                                             |  |
| 14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO 15 - UF<br>R R                                                                                                                                            |  |                                                             |  |
| 16 - CEP                                                                                                                                                                           |  |                                                             |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                                                 |  |                                                             |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br>Dor!                                                                                                                                 |  |                                                             |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br>Fraturas                                                                                                                             |  |                                                             |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br>História Clínica e Exame Físico.<br>Fratura - Antebraço Esquerdo; Fratura Proximal Esquerda |  |                                                             |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO<br>Fratura - Antebraço Esquerdo; Fratura Proximal Esquerda                                                                                           |  |                                                             |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                                     |  |                                                             |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Imunização                                                                                                                            |  |                                                             |  |
| 25 - CLÍNICA<br>Imunização                                                                                                                                                         |  |                                                             |  |
| 26 - CLÍNICA<br>Imunização                                                                                                                                                         |  |                                                             |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>Indica Urgência                                                                                                                                      |  |                                                             |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL EXECUTANTE / ASSISTENTE<br>Eduardo A. dos Santos<br>Médico<br>CRM 1772                                                                                   |  |                                                             |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>31/05/2019                                                                                                                                             |  |                                                             |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>Eduardo A. dos Santos<br>Médico<br>CRM 1772                                                                               |  |                                                             |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                                                              |  |                                                             |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                                                                                            |  |                                                             |  |
| 37 - N.º DO BILHETE                                                                                                                                                                |  |                                                             |  |
| 38 - SÉRIE                                                                                                                                                                         |  |                                                             |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                                                                                                                  |  |                                                             |  |
| 40 - CNPJ DA EMPRESA                                                                                                                                                               |  |                                                             |  |
| 41 - CBOR                                                                                                                                                                          |  |                                                             |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO                                                         |  |                                                             |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                 |  |                                                             |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                              |  |                                                             |  |
| 44 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR<br>03.08.01.001                                                                                                                                            |  |                                                             |  |
| 45 - DOCUMENTO<br>45 - CNES                                                                                                                                                        |  |                                                             |  |
| 46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                          |  |                                                             |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>16/05/2019                                                                                                                                             |  |                                                             |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                            |  |                                                             |  |
| 49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br>0304-6-9-1028                                                                                                                  |  |                                                             |  |