



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

Telefone - 99118 2429

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE Dayse Ferreira Lima, brasileiro(a),
estado civil: Solteira, Profissão: Estudante,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 242293 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 526.922.992-72, residente e domiciliado (a) na
Rua Caracarana, nº 123, Bairro:
13 de Setembro, no município Boa Vista /RR,
telefone: 99118-2429/99136-252, 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 20, de Abri de 2019.

Dayse Ferreira Lima

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

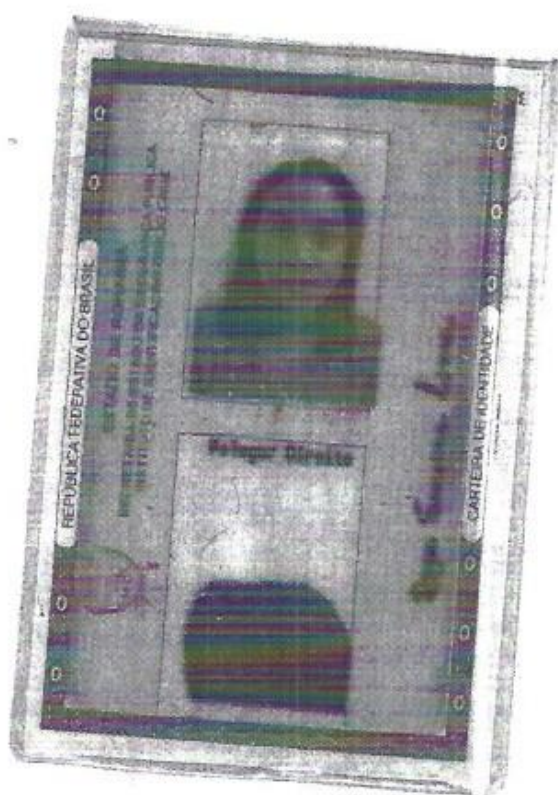
EU: Dayse Ferreira Lima,
estado civil Solteira, RG nº 242293, e CPF
nº 526.982.992-72, residente e domiciliado (a) na
Rua Caracarana Bairro:
13 de Setembro, Cidade Boa Vista
- Roraima, telefone (95) 99118-2429 / 99136-6252.

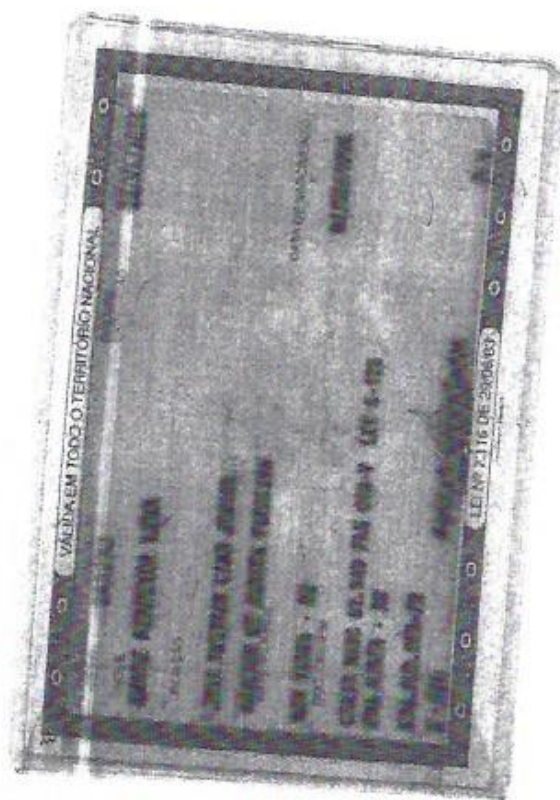
DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

Boa Vista - RR, 20 de Abr de 2019.

Dayse Ferreira Lima

DECLARANTE







162.168.000.101

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
77872-9

Nº da Nota Fiscal 00001406

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

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcia, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-46 (aviso: 24.007/202-3)
Nota Fiscal / Cande de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de concessão autorizado pela 30542/2007/13

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

DEZEMBRO/2014 28/12/2014 104 57,60

ANBONIA RITA DA SILVA
R. CARACARANA 133 13 DE SETEMBRO
CPF: 00020183887468
CEP: 69.308-100 - BOA VISTA

ROT: 3.002.10.02.341200

DADOS DA FATURA		DADOS DA ENTREGA	
	kWh		
Atual:	19651	Atual:	09/12/2014
Anterior:	19547	Anterior:	07/11/2014
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/01/2015
Consumo Medido:	104	Emissão:	25/12/2014
Consumo Estimado:	104	Representação:	15/12/2014
Fórmula de Tarifamento: 104 x 0,55 = 57,20		Data de Criação: 17	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
VIOLÊNCIA	NOND	2129483	N 1617304	1.1 1.1

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA FATURA	
Mês/ano consumo			
NOV/14	0	CONSUMO 104 A R\$ 0,356503	37,08
OUT/14	155	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 11/14-00	0,04
SET/14	100	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/14-00	0,01
AGO/14	78	MULTA POR ATRASO DE 1 11/14-00	0,50
JUL/14	94	MULTA POR ATRASO DE 1 11/14-00	0,10
JUN/14	108	JUROS DE MORA POR ATR 11/14-00	0,19
MAY/14	101	MULTA POR ATRASO 11/14-00	0,06
ABR/14	74	JUROS DE MORA DE IMPO 11/14-00	19,62
MAR/14	110	ELIMINACAO PUBLICA	
FEV/14	107		

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUACARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NATAS SEGURO DPVAT			
RR Nº 9759410244		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO 2014		PLACA MAX6014	
CPF / CNPJ 292.522.022-34		PLACA MAX6014	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
RR Nº 9759410244		EXERCÍCIO 2014	
DATA EMISSÃO 15/04/2014		PLACA MAX6014	
VIA 01	CPF / CNPJ 292.522.022-34	PLACA MAX6014	
RENAVAM 01001839321	MARCA / MODELO YAMAHA / T115 CRYPTON ED	Nº CHASSI 9L6KE1550E0026546	
ANO FAB 2013	CAT. TARIF.	Nº CHASSI 9L6KE1550E0026546	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$) R\$96,78	DENAZRAM (R\$) R\$10,75	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$107,33	
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$14,15	IOF (R\$) R\$0,83	TAXA DE SERVIÇO P.D. E JUROS (R\$) R\$220,04	
PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO 11/04/2014	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A			
CNPJ: 09.246.608/0001-04		0840856707	

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - DAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 206-Q/2015 - Boa Vista-RR, em 11/03/2015

COMUNICANTE: DAYSE FERREIRA LIMA

RG: 242293

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 526.922.992-72

ENDEREÇO: RUA CARACARANA

Nº 123

BAIRRO: 13 DE SETEMBRO

CIDADE: BOA VISTA-RR

SEXO: FEMENINO

PROFISSÃO: ESTUDANTE

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 01/06/1995

IDADE: 19

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. SUP. INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

TELEFONE: (95) 9154-5550

Nº REG. CNH: 905317912

NOME DO PAI: JOSE FREITAS LIMA JUNIOR

NOME DA MÃE: ANALINA DE ARRUDA FERREIRA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 17:30 do dia 24/11/2014, na AV VIA DAS FLORES COM ALAMEDA DOS BAMBUS, BAIRRO: PRICUMA, CIDADE: BOA VISTA-RR, aconteceu o seguinte fato:

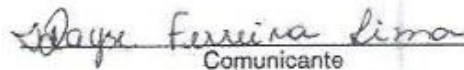
QUE A COMUNICANTE VEM INFORMAR QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA/T 115 CRYPTON ED, CHASSI 9C6KE1550E0026044, PLACA NAX6014, PROPRIETARIA ANALINE DE ARRUDA FERREIRA, NO DIA, HORA E LOCAL INDICADO, QUANDO AO TENTAR CRUZAR O LEITO DA VIA, FOI COLIDIDA POR UM VEICULO QUE SEGUIA PELA PREFERENCIAL, VINDO AO SOLO SOFRENDO LESÕES CORPORAIS E FRATURA NO TORNOZELO DIREITO. CONFORME DOCUMENTAÇÃO MEDICA QUE FAZ O PRESENTE REGISTRO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: DPVAT. REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

O COMUNICANTE TEM CONHECIMENTO DE QUE NÃO PRECISA DE INTERMEDIÁRIO PARA O RECEBIMENTO DO DPVAT E NÃO PRECISA PAGAR PELO SERVIÇO.


INSCRIÇÃO Q


Comunicante

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA	DESPACHO
____/____/____  Conferente / Recebedor DAT 31 MAR. 2015	Boletim registrado visando apenas o cumprimento de exigência legal para o recebimento de DPVAT. Inexistente interesse da vítima em eventual apuração criminal. _____ DELEGADO

24/11/2014

... Guia de Atendimento 02 ...

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

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		TARJETA 13-19	
1400339584	24/11/2014 18:50:49	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
Paciente		01/06/1995	19 A 5 M 23 D		52692299272
DAYSE FERREIRA LIMA	Orgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDAD 2421J3	SSP/RR		F	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mae		Pal			Contatos
ANALINE DE ARRUDA FERREIRA					(95) 9136-6252
Endereço					
RUA - JAIR ALVES DOS REIS - 14 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Se. Pront. II
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrar por
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				LEIDY
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Unido de trauma - trauma - trauma

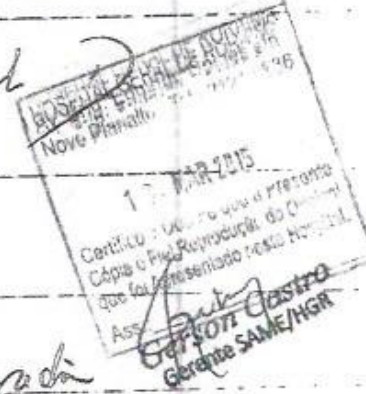
trauma - trauma

Exame Físico

Assim - trauma

Hipótese Diagnóstica

el trauma



SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>1 Difteria 1, 2, 3</i>	<i>Ortopedia</i>	<i>Fratura fechada de</i>
<i>21 Febre 20/11/14</i>		<i>de malha médica</i>
		<i>para polo</i>
		<i>Sobito interm...</i>
		<i>na</i>
		<i>de sangue</i>

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 74h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leidy

Data Hora: 24/11/2014 18:52:20

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				5 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente de moto após patinação de malha médica e queda de cabeça.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Exatidão diagnóstica.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Ap. Simplex do fêmur F. Ad.					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Fratura malhada e modelada.					
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOC.					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - CNPJ EMPRESA					
38 - CNPJ EMPRESA					
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
40 - EMPREGADOR					
41 - AUTÔNOMO					
42 - DESEMPREGADO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

192.168.000.101

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		15 - UF	
		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
17 MAR 2015 Certifico que a cópia presente é verdadeira e fiel reprodução do Original que foi apresentado neste Hospital. Ass.: Gerson Castro Gerente - SAME/HGR			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOC.			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAUMÁTICO		38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		40 - CNAS DA EMPRESA	
☐ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO	☐ DESEMPREGADO
☐ APOSENTADO		☐ NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		41 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

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

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

The image shows a document with a large, dark, irregular ink smudge or stamp in the center. The document contains text, including "CERTIFICATE OF ADOPTION" and "JAN 21 1968", which is partially obscured by the smudge. The text is printed in a serif font. The smudge is dark and has a rough, irregular shape, covering a significant portion of the document's content. The background of the document is light-colored, and the text is dark. The overall appearance is that of a scanned document with a prominent ink mark.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE Dayso Ferreira LEITO 211-2
DATA 21 12 14
DIAGNÓSTICO

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

Evolução Médica:



SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)
12:00	110/70	84	20
18:00			
24:00			
06:00			

22/2

Leito: 21-2

Date: 23/12/14.

Gerson Castro
Gerente SAME/HGR

2A1-2

PRESCRIÇÃO MÉDICA-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE

LEITO:

DIAGNÓSTICO:

DATA

02:00	06:00	08:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00

Certificado de Fiel Remessa de do Ocorrência
 que foi Apresentado neste Hospital

Evolução Médica:

[illegible]

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00				
18:00				
24:00	100 x 70 mmHg	71		36.6 °C
06:00	100 x 70 mmHg	73		36.7 °C

ACTA Hortobonensis

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Gelepe Pandozo

LEITO: 012-2

DIAGNÓSTICO: _____

DATA: 22/12/14

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

Evolução Médica: 22 DEZ 2014

Dr. Ivandro Moraes
CRM 192 1883

Novo Planalto - 11/03/2015
Certifico que a cópia apresentada
é fiel reprodução do Original
que foi Apresentado no Hospital.
Ass: Gelepe Pandozo
Gerente SAME/HGR

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	110x73	80 bpm		36.6°
16h	102x62	77		36.4°
24:00	90x65	79		36.9°
06:00	110x70	82		36.6°



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência do Brasil"

22.12.2014.

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
Fentanil 100 mcg /iv. midazolam 2mg		
21h 15 30 45 22h 15 30 45 23h 15 30 45 0h 15 30 45 AGENTES: ☒ 02 LIQUÍDOS VENOSOS: ☒ 03 TEMP: ☒ 38 ANES: ☒ 34 OP: ☒ 30 TEMP: ☒ 100 AGIR: ☒ 80 RES: ☒ 20 Export: ☒ Assist: ☒ Contro: ☒ SÍMBOLOS: 48 2 3 1 4 5		
AGENTES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. Propofol 20mg	RAQU. anestesia + v. da. ventilação espontânea.	x monitorização + O2 reb coteter nasal.
B.		1) RAQU. cateter: antixmia 1/4 aml 70% + campo es-téti. Ponto 13/14 mediana
C.		2) ag. Quilida 22g - LR
D.		3) ag. Normotens. injeta
E.		4) de bup 0.5% lipossolúvel 20mg.
F.		5) midazolam 3mg/iv
G.		6) Fentanil 40mg
DIAGNÓSTICO	Cláudio - Naso / Oro Faringea	7) Denametanona 8mg/iv.
INDICAR	Naso / Oro Faringea - Cava	8) Dipirona 400mg/iv
SANGUE	Bal - Naso - Calibre do Tubo	9) Dipirona 20
	Dificuldade Técnica não houve.	10) Dipirona 4mg/iv.
TOTAL	1000 ml.	11) Dipirona 4mg/iv.
OPERAÇÃO	21h 25 às 22h 10.	12) Dipirona 4mg/iv.
anestesia de torçao direito.		13) Dipirona 4mg/iv.
ANESTESIA	CÓDIGO	PERDA SANGÜÍNEA
ANESTESIA	CIRURGIÃO	
ANESTESIA	Albino / Vitor Parauat.	
ANESTESIA		

ANESTESIA: *Albino / Vitor Parauat.*
Cód 1424/RR
+ Matheus.

ANESTESIA: *Albino / Vitor Parauat.*
Cód 1424/RR
+ Matheus.

ANESTESIA: *Albino / Vitor Parauat.*
Cód 1424/RR
+ Matheus.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Deyse Ferreira Lima, 19 anos		22-2	UT	22/12/14
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
		21:45	22:20	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA			
Dr. Alberto	Dr. Eveline + Res. Mateus			
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
Dr. Res. Vitor				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE			
	Wellington, Miyagi			
TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO		VALOR
Ragare				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS
	CATGUT SIMPLES Nº			cateter
	CATGUT SIMPLES Nº			HORAS DE OXIGÊNIO
	CATGUT SIMPLES Nº			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc 500 ml
	CATGUT vinyl Nº 2-0			FRASCO SORO
	CATGUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSADO %cc
	CATGUT CROMADO Nº			FRASCO SORO GLICOSA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			XILOCAÍNA %cc
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLAXEDIL
				FLUOTHANE

HOSPITAL DE RORAIMA
AV. Brig. Faria Lima, 1000 - Fátima
Novo Planalto - Tel. (065) 210-1100
FEB 2015
Certifico - Dv. 14 de fevereiro de 2015
Cópia e Fim Reprodução do Documento
que foi Aprobado neste Hospital.
Ass:
Gerson Castro
Gerente SAME/HGR



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA ORTOPEDIA

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de tornozelo direito

Data: 22/12/14

Nº. DO PRONTUÁRIO: NIT

Idade 49²

Paciente: Dayre Feneia Lima

Bloco: 3 Enfermaria 211 Leito: 2

Caixa: Pegueno Fragmento

Nº

Circulante: Pinay, Wellington

Sala 04

Conferencia Expurgo CME:

Material Utilizado:

Parafusos esportivo nº 45 1

nº 50 1

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

UNIVERSIDADE DE RORAIMA
ANEXO I - Edital de Licitação
Novo Planalto - 14/12/14

MAR 2015
Certificado - Uso re que a Presente
Cópia & Foi Reprodução do Original
que foi Apresentado nos Hospitais.

Gerente Castro
Gerente SAME/HGR

Dr. Alberto Ferreira de Souza
Médico Cirurgião Traumático
CRM 100001
Título Especialista Responsável

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR																			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES																	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO															
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP											
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS																							
Trauma em tornozelo																							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO																							
Fratura no metacarpo																							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)																							
TTO CUNHADO RPO																							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO																							
Fratura de metacarpo																							
21 - CID 10 PRINCIPAL														22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO														25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO									
Osteossíntese de tornozelo														26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO														32 - ASSINATURA E CARIMBO		33 - REGISTRO DO CONSELHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO														35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE			
39 - CNPJ DA SEGURADORA														40 - CNPJ EMPRESA		41 - Cód. OR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA														43 - APOSENTADO		44 - NÃO SEGURADO							
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR														46 - Cód. ORGÃO EMISSOR		47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO														49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)									

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Dayse Ferreira LEITO: 211-2

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 18/12/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0.9% 1000 ml (24h) <i>Susp.</i>	(3) 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12-18-24 (6)																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h <i>Susp.</i>	(10) 4-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06h																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	(2) 18-24-30																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	(4) 12-16																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13																															
14																															
15																															
16																															

Evolução Médica:



SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	116x83	106		36,2
18:00				
24:00	90x60	94		36,2
06:00				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Dayre Romina

LEITO: 211-2

DIAGNOSTICO:

DATA: 17/12/17

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

Evolução Médica:



SINAIS VITAIS			
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)
12:00	127/84	112	
18:00	120x90		
24:00			
06:00			

08:40 realizado Novo AUP el Jaleo N° 20 - Jale

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Dayse Feneira LEITO M-2

DIAGNÓSTICO: DATA: 16/12/14

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

Dr. Ivan L. M. Moraes
R. 1000 - 1000 - 1000
RESIDENTE CARDIOLOGIA

10/07/2014

UNIDADE GERAL DE HUMANIDADE
Soluções Farmacológicas p/in

Evolução Médica:



SINAIS VITAIS			
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)
12:00	103 x 64 mmHg	116 bpm	35.8 °C
18:00	110 x 71 mmHg	110 bpm	36.3 °C
24:00	98 x 65 mmHg	110 bpm	36.2 °C
06:00	113 x 73 mmHg	87 bpm	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Dayse Ferreira LEITO: 919-2

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 15/12/14

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

Evolução Médica:

18h - Paciente repousa. Fica acordado, não estressado, após administração da item ③ (cefalotina) - cc. nome



SINAIS VITAIS			
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)
12:00	120x80	98	
18:00	114x73 mmHg	110	
24:00	100x50	91	
06:00	120x45	85	

36,5°C
36,9°C
33,2°C
33,2°C

Codig o	Vitima	Parceiro	Sinistro	NaturezaD esc	DataSinis tro	NomeSegurad ora	ValorPagame nto
1210 22	DAYSE FERREI RA LIMA	ANTARE S SEGURO DPVAT - MARCEL LO RENAUL T MENEZE S- BOA VISTA/R R	3160/111 439	Invalidez	24/11/20 14 00:00	MBM SEGURADORA S/A	R\$ 1.687,50

91102429

91366252

OK