



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RAILTON DE SOUZA MOTARG nº 83892, data de expedição 31/07/87 Órgão SESP/RR

CPF nº 241531252-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R: IUGUSKÂNIA</u>
Número	<u>588</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>CAUAMÉ</u>
Cidade	<u>BOA VISTA</u>
Estado	<u>RR</u>
CEP	<u>69.311-087</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 99116.8367 / 99143.3275</u>
E-mail	<u>LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: BOA VISTA/RR, 31/11/16.

Assinatura do Declarante: RAILTON DE SOUZA MOTA

22 FEV. 2017

Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.241.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-3
Nota Fiscal e Condição de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda para SEFAZ 388/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 000043898

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE, foi criada
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	MES	DATA DE VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	VALOR A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2016	1	06/11/2016	240	147,25

RALTON DE SOUZA IOTA
R. IUGUSLAVIA 588 CAUAME
CPF: 000241531252-3
CEP: 69.311-087 - BOA VISTA

ROT: 11.001.18.05.318600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	51504	Atual:	19/10/2016
Anterior:	51264	Anterior:	19/09/2016
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/11/2016
Consumo Medido:	240	Entrega:	19/10/2016
Consumo Futuro:	240	Apresentação:	19/10/2016

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Forma de Alimentação:	NORMAL	Fator de Potência:	10

Classe/Subclasse	Legenda	Número Medidor	Nome	Código Pat.	Médo 12 meses
RESIDENCIAL	B	E2829674	PO:1524203	1-1-1-2	722

HISTÓRICO DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo	Mês/Ano	Consumo
SET/16	777	CONSUMO	240 A R\$ 0,495783 = 119,22
AGO/16	782	REVOCAÇÃO RES. 395/09 07/16-	3,89
JUL/16	767	REVOCAÇÃO MONETARIA DA 08/16-00	0,07
JUN/16	733	REVOCAÇÃO MONETARIA IG 08/16-00	0,46
MAI/16	754	MULTA POR ATRASO DE 1 08/16-00	0,93
ABR/16	762	MULTA POR ATRASO DE 08/16-00	0,17
MAR/16	858	MULTA POR ATRASO DE 08/16-00	5,57
FEV/16	733	MULTA POR ATRASO DE 08/16-00	3,16
JAN/16	682	MULTA POR ATRASO DE 08/16-00	21,56
DEZ/15	582	MULTA POR ATRASO DE 08/16-00	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor
09/2016	407,19
EM CASO DE SINTOMAS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS/11111111 CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (CLBVS) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. VOTE CONSCIENTE PARA NÃO RECLAMAR DEPOIS. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-6. 11/16-21-26	

RESERVADO AO FISCAL D3D4 ESFE.6060.CFD0.5948.707E.6063.9141

COMPOSIÇÃO DA CONTABILIDADE		IMPOSTOS E TRIBUTOS	
Distribuição:	1,89	Base de Cálculo:	119,22
Energia:	7,92	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	1,00	Valor do ICMS:	20,26
Encargos:	1,99	Valor do PIS:	0,22
Tributos:	2,62	Valor do COFINS:	1,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Unidade	5,67 11,34 22,69 4,35 8,71 17,42 3,29
Realizado	4,89 4,00 2,02

Conforme FLORESTA 18/10/2016 08/2016 000043898

ROT: 11.001.18.05.318600

Eletrobras Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.241.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.002-3

SEU CÓDIGO

38291-4

TOTAL A PAGAR - R\$

147,25

MÊS FATURADO

10/2016

VENCIMENTO

06/11/2016

Nº da Nota Fiscal: 000043898 FCAM

83620000001 3 47250075000 6 000000000038 0 29141016008 4



SEQ.: 00149 UC: 0038291-4 DT.LEIT.: 19/10/2016 T.ENTR.: 04
LEITURA: 51504 NORMAL TOTAL: 147,25 CARGA: 001
DT.VENC.: 06/11/2016 IRREG.: 000 COLETOR: 1121

22 FEV. 2017



Eletrobras

Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Góes, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 (Insc. Estadual: 24.002.022-3)
Banco: Fica/Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto de Renda pela SEFAZ/RR/13

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 000082853

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA N°	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2016	11/03/2016	113	57,40

ILDIR INACIO DE SOUZA
R. ANTONIO P. GALVAO 1832 2 BURITIS
CPF: 00038305151204
CEP: 69.309-209 - BOA VISTA

ROT: 5.001.12.04.021718

DADOS DA LEITURA		DATA: 23/02/2016 12:04:02/18	
Atual	19597	DATAS DA LEITURA	
Anterior	19484	Atual	23/02/2016
Crescimento da Multiplicação	1,006	Anterior	25/01/2016
Consumo Medido	113	Próxima leitura	23/03/2016
Consumo Faturado	113	Próximo dia	23/02/2016
		Aplicação	23/02/2016
Forma de Faturamento	NORMAL	Fator de Correção	
		Diário de Consumo	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Endereço	Logradouro	Número Medidor	Posto	Código FIC	Atividade
RESIDENCIAL	BI	2206908	N 1519448	1.1.1.2	279	

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 113 A R\$ 0,361189 = 40,81
JAN/15 212	DEVOLUÇÃO RES. 395/09 01/15 = 3,18
DEZ/15 181	ILUMINAÇÃO PÚBLICA = 19,77
NOV/15 147	
OUT/15 337	
SET/15 215	
AGO/15 154	
JUL/15 259	
JUN/15 358	
MAI/15 373	
ABR/15 426	
TARIFA CPM TRIBUTOS	
B A 113 - R\$ 207,00	

MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 01/03/2016. O não pagamento da conta poderá resultar em interrupção do fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento, favor reconsiderar esta suspensão.
01/2016	98,86	

EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS. CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBU) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1:6. 11.16.21.26

RESERVADO AO RISCO ASCA. A57F.49A8.1E14.4939.8410.7AE9.CB98

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	15,06	Base de Cálculo	40,81
Energia	15,51	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	6,93
Encargos	2,19	Valor do PIS	0,17
Tributos	8,05	Valor do COFINS	0,95

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA	DIC	PIE	DIC	PIE
Atividade	5,91	11,82	23,64	4,59
Residência	3,27			1,00
Comércio				3,27
Indústria				
Outros				
Conjuntos	FLÓRESTA			
Período de suspensão	12/2015			20,61

ROT: 5.001.12.04.021718



Eletrobras

Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Góes, 591 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 (Insc. Estadual: 24.002.022-3)

SEU CÓDIGO

108915-3

TOTAL A PAGAR - R\$

57,40

MÊS FATURADO

02/2016

VENCIMENTO

11/03/2016

Nº da Nota Fiscal: 000082853

FCAM

83610000000 6 57400075000 4 00000000108 1 91530216008 9



22 FEV. 2017



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Blair Imínio de Souza, portador(a) do

RG nº 114.807, expedido por SSP-RR, em

19/01/15, CPF/CNPJ nº 383.051.512-09

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Rafael

de Souza Mota do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária

da vítima Rafael de Souza Mota, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: CAH

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

22 FEV. 2017



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

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

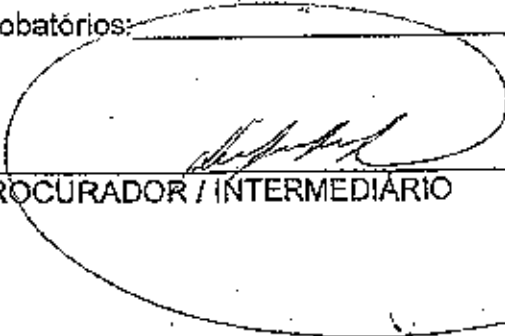
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilson Inácio de Souza, portador(a) do RG nº 444.807, expedido por SSP-RR, em 14/01/15, CPF/CNPJ nº 383.051.512-04, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Ralton de Souza Neto do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Ralton de Souza Neto, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: _____


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

07 MAR. 2017



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMO



Agência acionada às _____ Recebido por _____

Solicitação incompleta, inadequada ou ilegível, não será aceita pelo serviço de Hemoterapia (RDC 034/2014 e art. 169 da Portaria MS nº158/2016).

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Unidade Administrativa: HGR	Bloco: 12	Leito: 118 - 3
Nº do Prontuário: 1600665379	SUS/Nº do Cartão:	
Nome do Paciente: <i>Paulo de Souza Costa</i>		
Nome da Mãe: <i>Genivalda de Souza Costa</i>		
Endereço: <i>R. Jussara - São Clemente - Boa Vista - RR</i>		
Sexo: M () F ()	Data de Nascimento: 10/1/69	Idade: 43
		Fone: (067) 99131-9121

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Diagnóstico: <i>Fratura de braço</i>	Hemoglobina: 12,10 g/dL	Plaquetas: 76.000 /mm3
	Hematócrito: 34,40 %	Peso: kg

TRANSFUSÕES ANTERIORES () SIM () NÃO

Solicitou Doadores () Sim (X) Não	Data da última Transfusão: / /
Distúrbio de Coagulação () Sim (X) Não	Onde:
Sangramento Ativo () Sim (X) Não	Reação Transfusional () Sim () Não
Histórico Gestacional () Sim (X) Não	Qual tipo:

HEMOCOMPONENTES / HEMODERIVADOS SOLICITADOS

Tipo de solicitação	Descrição	Quantidade
() Urgência, a realizar dentro de 3 horas	Concentrado de Hemácias (± 250 ml/unidade)	
() Rotina, a realizar dentro de 24 horas	Plasma Fresco Congelado (± 200 ml/unidade)	20
(X) Programada, para procedimento eletivo com possível transfusão em: <i>24/12/16 às 13:00 horas</i>	Concentrado de Hemácias Filtradas (± 250 ml/unidade)	
() Emergência / Extrema Urgência, quando o retardo da transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente.	Concentrado de Plaquetas (± 70 ml/unidade)	
	Concentrado de Plaquetas por Aférese (≥ 200 ml/unidade)	
	Fator de Coagulação (UI)	
	Tipo:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA

Eu, Dr(a) _____, CRM _____, afirmo estar ciente que a transfusão ocorrerá antes da conclusão dos testes pré-transfusionais (determinação ABO/RhD do receptor, pesquisa de anticorpos irregulares e prova de compatibilidade). O quadro clínico justifica a emergência e o retardo no início da transfusão pode colocar em risco a vida do paciente. Autoriza a transfusão de emergência e me responsabilizo pelas consequências do ato transfusional.

A. > Obrigatória a prescrição médica do produto no prontuário do paciente. T. > Avisar 20 minutos antes da utilização do Plasma Fresco Congelado para seu descongelamento. E. > Necessário registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e sinais vitais do paciente antes, durante e no final do procedimento. C. > Em caso de Reação Transfusional: ENVIAR IMEDIATAMENTE ficha de notificação (OI via) + bolsa com equivo e amostra pós-transfusão para o laboratório. Registrar no prontuário o fato ocorrido.	DEVOLVER IMEDIATAMENTE Todos produtos não transfundidos e dentro do prazo de validade.
--	---

Data: 11/12/16 Hora: 07:32	Data: 11/11/2015	OBSERVAÇÃO
<i>Dr. Rodrigo A. Melo</i> Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1023	<i>[Assinatura]</i> Responsável pela coleta	

22 FEV. 2017

16006B5379		08/10/2016 20:29:03		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-07		17	
Paciente RALTON DE SOUZA MOTA				Data Nascimento 07/05/1969		Idade 47 A 5 M 1 D		CNS		CPF		Prontuário 151177	
Tipo Doc Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR	
IDENTIDADE 83892				Mão		Pai						Contato (95) 99138-9425	
GEROCILDA DE SOUZA MOTA												Ocupação	
Enfermagem													
RUA - IUGUSLAVIA - 588 - CAUAME - BOA VISTA - RR													
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal			
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso		Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL				Procedimento Sol.							
Queixa Principal												Registrado por: WESLLEN ROCHA	
												☐ Síndrome Fetal ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue	

Anamnese de Enfermagem		GSC	TOTAL
		AO: 1234	RV: 12345 MRV: 123456
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____h)			
Paciente vítima de capotamento, mega êncaps e vômito e queixa de dor pleurica 2 (D).			
Exame Físico		Dolência	
BEG, lívido, AAA, eupneico, normocrado, hidratado, apresenta múltiplas escoriações difusas.			
Hipótese Diagnóstica			
SADT - Exames Complementares			
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:			
PRESCRIÇÃO			

PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(A) Injeção 10mg + 0.9ml Ad e opor NIR Regulado para feito 111-1 Regulação Interna		15 20:50	
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Receita ☒ Transferência para: <u>Ortopedia</u>		Jean E. Gadelha Mat. 4800-751 NAME/HOR ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída: _____	Novo 11 NOV Certific cópia e assinatura
Óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Análise Patológica			

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesllen.rocha
Data Hora: 08/10/2016 20:30:47

DOI: 10.1002/anie.201100000
 Accepted Manuscript
 Accepted Manuscript
 Accepted Manuscript



1 5 0 0 6 6 5 3 7 9

22 FEB 2017

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
HGE			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
HGR			

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Roberto de Souza Neto		151177	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7000308903686332		07/05/69	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
Gerúilda de Souza Neto		M	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
R. Luísa Maria 588 Lourdes		915 911 3871-425	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
BOA VISTA		RR	
15 - UF		16 - CEP	
RR			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
Ex acetabulo e lux. de quadril @	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
Tcd. cir.	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
R. anormal + M. fraco.	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	
Ex acetabulo.	
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO E/OU OUTRAS ASSOCIAÇÕES

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Redução momentânea + fratura lux. de quadril	
24 - CLÍNICA	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
UATOP	
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	27 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
UATOP	
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
Dr. Leonardo Roberto	08/10/16
30 - DATA DE REGISTRO DO CONSELHO	
08/10/15	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
31 - ACIDENTE DE TRABALHO	32 - CNPJ DA SEGURADORA	33 - Nº DO BILHETE	34 - SÉRIE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	36 - CNPJ EMPRESA	37 - CNES DA EMPRESA	38 - COOR
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	41 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR
42 - DOCUMENTO	43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS () CPF	
44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
8.10.16	7.2.16
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
408040203-5324	
V499	

(8.10.24.10) 11-408050098

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Roberto de Souza Neto

6 - N° DO PRONTUÁRIO

15.1177

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700130871021930332

8 - DATA DE NASCIMENTO

07/05/69

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Genivalda de Souza Neto

11 - TELEFONE DE CONTATO

911.318114215

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Translândia 533 Camarã

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

RJ

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

F. abdominal e h. abdominal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trat. cir.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

R. Translândia 533, Camarã, Boa Vista, Roraima

AUTENTICAÇÃO

11 NOV. 2015

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

2. ultrassom de abdô.

Cópia e fidel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

2. neoplasia

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - OUTRAS CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ressecção de tumor e histerectomia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

HGR

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

HGR

28 - DOCUMENTO

() CNH () CPF

29 - N° DO DOCUMENTO

N° do profissional solicitante/assistente

Leonardo Rabelo

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Genivaldo Estrela

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

08/10/16

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DO REGISTRO DO CONSELHO

CRIM 11/15

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 - CNPJ EMPRESA

38 - N° DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNH () CPF

47 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

8/10/16

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

22 FEV. 2017



BOLETIM OPERATÓRIO

Rafael de Souza Neto

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/10/16

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fr. acetábulo + lux. de quadril.
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: redução imediata + fixação transesquelética.
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Zanetti
1º AUXILIAR: Dr. Leonardo P.A.
2º AUXILIAR: _____
3º AUXILIAR: _____
ANESTESISTAS: Dr. Fabiano
ANESTESIA: _____
ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em ODA sob plano anestésico.
- 2) Insuflação e antissepsia
- 3) Redução imediata
- 4) Colocação de parafusos + fixação transesquelética.
- 5) Curativo
- 6) ZPA.

Dr. Leonardo Rabeto
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715

11 NOV 2016
CENTRO DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA
DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
QUE FOLIO, 1000000-0000



BOLETIM OPERATÓRIO

Rafaelton de Souza Lima

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08/10/16

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur + fratura de tíbia da perna esquerda.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: redução, imobilização + fixação com placa e parafusos.

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo Rabelo

1º AUXILIAR: Dr. William B. S.

2º AUXILIAR: Dr. Leonardo R. A.

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Fabiano

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Paciente em ODA com plano anestésico.

2) Exame físico normal.

3) Exame de radiografia normal.

4) Redução da fratura + fixação com placa e parafusos.

5) Curativo.

6) Alta.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. S. ...
Novo ...
Tel (93) 21-0620
AUTENTICAÇÃO

11 NOV. 2016

Certifico e dou fé que a presente
cópia é Reprodução Original
presente neste HospitalDr. Leonardo Rabelo
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1715

22 FEV. 2017



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

Ungeisur

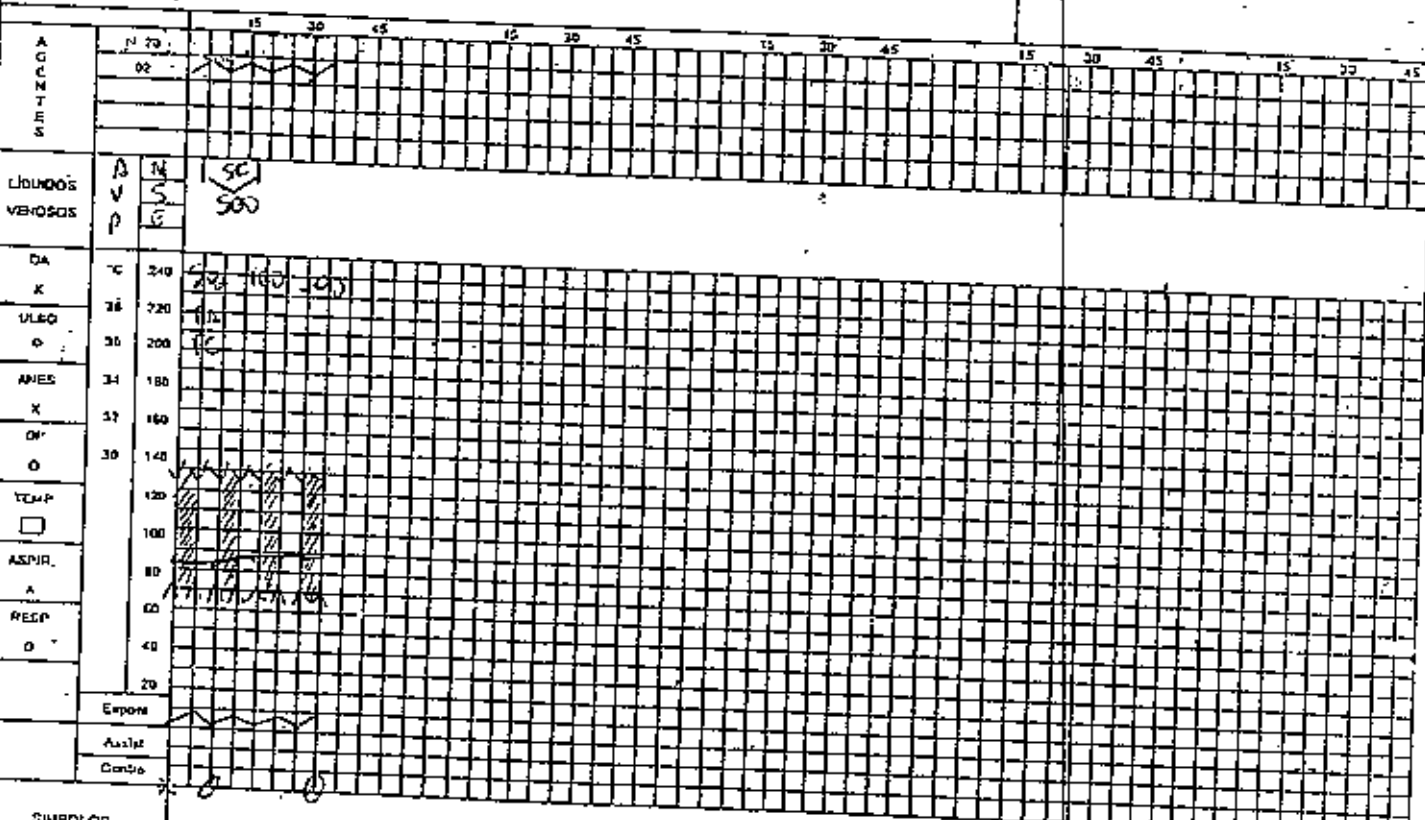
FICHA DE ANESTESIA

Rafaelton de Souza Mota

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanyl 40mg } 22:452
Mol 2mg } 20:50
53h

Nº 08.10.2016



SÍMBOLOS

AGÊNCIAS

A Lidocaine 0.250mg

DOSES

TECNICA

Bloqueio de plexo ilíaco

ANOTAÇÕES

1. Monitorização

2. Risco com apêndice de 18

3. Infusão de 10ml de 1%

4. Inicialmente 10ml

5. Esmearado a 10ml

Bupivacaine 0.5% 150mg

Cefazolin 2g

Lidocaine 40mg

GLICOSE 0 LÍQUIDOS 500ml

MDCO 15

SANGUE 15

TOTAL 500ml

OPERAÇÃO

ventilação espontânea e O2 suplementar

TEMPO DE ANESTESIA

35min

1. Monitorização
2. Risco com apêndice de 18
3. Infusão de 10ml de 1%
4. Inicialmente 10ml
5. Esmearado a 10ml

ANESTESIA

Dr. Fobur / Dr. Fobur res

CÓDIGO

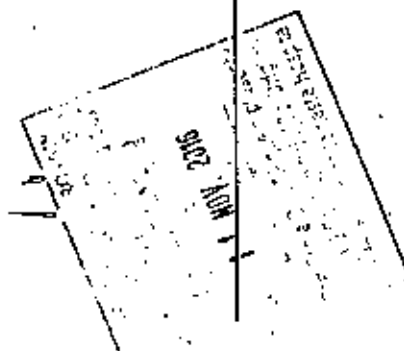
CURADOR

Dr. Marcelo Beltrame

PERDA SANGÜEA

100mg

Dr. Alexandre M. Hemera
Anestesiologista
CRM-RR 501





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	470	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Rafael de Souza Moura				08 / 10 / 16

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Red. Inveniente + Treção Trans. Esquelética MTD	INICIO	FIM
	23:15	23:30
		TEMPO TOTAL

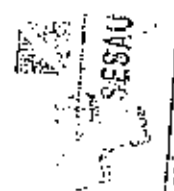
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
Dr. Marcelo Zeitzel	ANESTESISTA: Dr. Fabiano / Dr. Fábio R.
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Wubner R.	INSTRUMENTADOR
2º AUXILIAR	
Dr. Leonardo R.	CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio Femoral + Sedação	TEMPO DE DURAÇÃO:
---	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		L	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1 Fm.	FIO VICRYL Nº 2/0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1 Fm.	FIO MONONYLON Nº 2/0	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: A TUDO	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Simone	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

22 FEV. 2017



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Reliton de Souza mulher

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA				Anestesia				Sinais Vitais			
Entrada na Sala		Início Cirurgia		Início Anestesia		Término Cirurgia		Saída S.O.		Cirurgia Realizada		Anestesia		Sinais Vitais		Sinais Vitais			
23:10		23:15		23:45										T		P			
23:10		23:15		23:45										1h		PA			
23:10		23:15		23:45										15'		SPO2			
23:10		23:15		23:45										30'					
23:10		23:15		23:45										45'					
23:10		23:15		23:45										2h					
23:10		23:15		23:45										3h					
23:10		23:15		23:45										1h30					
23:10		23:15		23:45										2h					
23:10		23:15		23:45										3h					
23:10		23:15		23:45										4h					
23:10		23:15		23:45										5h					
23:10		23:15		23:45										6h					
23:10		23:15		23:45										7h					
23:10		23:15		23:45										8h					
23:10		23:15		23:45										9h					
23:10		23:15		23:45										10h					
23:10		23:15		23:45										11h					
23:10		23:15		23:45										12h					
23:10		23:15		23:45										13h					
23:10		23:15		23:45										14h					
23:10		23:15		23:45										15h					
23:10		23:15		23:45										16h					
23:10		23:15		23:45										17h					
23:10		23:15		23:45										18h					
23:10		23:15		23:45										19h					
23:10		23:15		23:45										20h					
23:10		23:15		23:45										21h					
23:10		23:15		23:45										22h					
23:10		23:15		23:45										23h					
23:10		23:15		23:45										24h					
23:10		23:15		23:45										25h					
23:10		23:15		23:45										26h					
23:10		23:15		23:45										27h					
23:10		23:15		23:45										28h					
23:10		23:15		23:45										29h					
23:10		23:15		23:45										30h					
23:10		23:15		23:45										31h					
23:10		23:15		23:45										32h					
23:10		23:15		23:45										33h					
23:10		23:15		23:45										34h					
23:10		23:15		23:45										35h					
23:10		23:15		23:45										36h					
23:10		23:15		23:45										37h					
23:10		23:15		23:45										38h					
23:10		23:15		23:45										39h					
23:10		23:15		23:45										40h					
23:10		23:15		23:45										41h					
23:10		23:15		23:45										42h					
23:10		23:15		23:45										43h					
23:10		23:15		23:45										44h					
23:10		23:15		23:45										45h					
23:10		23:15		23:45										46h					
23:10		23:15		23:45										47h					
23:10		23:15		23:45										48h					
23:10		23:15		23:45										49h					
23:10		23:15		23:45										50h					
23:10		23:15		23:45										51h					
23:10		23:15		23:45										52h					
23:10		23:15		23:45										53h					
23:10		23:15		23:45										54h					
23:10		23:15		23:45										55h					
23:10		23:15		23:45										56h					
23:10		23:15		23:45										57h					
23:10		23:15		23:45										58h					
23:10		23:15		23:45										59h					
23:10		23:15		23:45										60h					
23:10		23:15		23:45										61h					
23:10		23:15		23:45										62h					
23:10		23:15		23:45										63h					
23:10		23:15		23:45										64h					
23:10		23:15		23:45										65h					
23:10		23:15		23:45										66h					
23:10		23:15		23:45										67h					
23:10		23:15		23:45										68h					
23:10		23:15		23:45										69h					
23:10		23:15		23:45										70h					
23:10		23:15		23:45										71h					
23:10		23:15		23:45										72h					
23:10		23:15		23:45										73h					
23:10		23:15		23:45										74h					
23:10		23:15		23:45										75h					
23:10		23:15		23:45										76h					
23:10		23:15		23:45										77h					
23:10		23:15		23:45										78h					
23:10		23:15		23:45										79h					
23:10		23:15		23:45										80h					
23:10		23:15		23:45										81h					
23:10		23:15		23:45										82h					
23:10		23:15		23:45										83h					
23:10		23:15		23:45										84h					
23:10		23:15		23:45										85h					
23:10		23:15		23:45										86h					
23:10		23:15		23:45										87h					
23:10		23:15		23:45										88h					
23:10		23:15		23:45										89h					
23:10		23:15		23:45										90h					
23:10		23:15		23:45										91h					
23:10		23:15		23:45										92h					
23:10		23:15		23:45										93h					
23:10		23:15		23:45										94h					
23:10		23:15		23:45										95h					
23:10		23:15		23:45										96h					
23:10		23:15		23:45										97h					
23:10		23:15		23:45										98h					
23:10		23:15		23:45										99h					
23:10		23:15		23:45										100h					



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAILTON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

26/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EV OU VO 6/6h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

8

ATENOLOL 50MG VO 1 X DIA

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CEFALOTINA 1G EV 6/6H

13

CLEXANE 40MG SC 1XDIA

14

CURATIVO DIARIO

15

OLEO MINERAL 15ML VO 2 X DIA

16

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

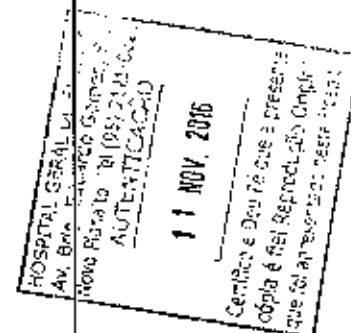
EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR

22 FEV. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAILTON DE SOUZA MOTA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	118-3	DATA	25/10/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				5m
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H				16h
4	DIPIRONA 1 G +AD EV OU VO 6/6h SN				SUSP
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				4h
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				1h
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA				
8	ATENOLOL 50MG VO 1 X DIA				06h
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				06h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				4h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				8h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				SUSP
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SUSP
14	CURATIVO DIARIO				
15	OLEO MINERAL 15ML VO 2 X DIA				12h
16	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA				12h
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

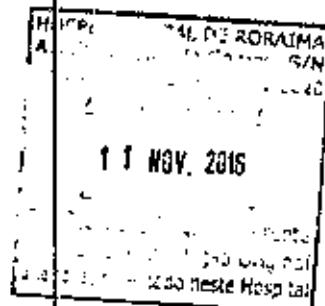
EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



6 H			
12 H	120x60		35,6°C
18 H	120x60	C.C.	C.C.
24 H			

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Roberto - de Souza Neto

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

LEITO

111-3

DATA

24/10/16

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brg. Eduardo Guimaraes
Nova Planaltina - Roraima

AUTENTICAÇÃO

11 NOV. 2016

Certifico e Devo Fazer a Prescrição
de acordo com o Protocolo Clínico e
de acordo com o Regulamento de
Atividade Médica

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

Dr. Rodrigo A. Melo
Residência de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1829

22 FEV. 2017

118-3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	Roberto de Laza Neto			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS				
IDADE	HAS	DM2		
ITEM	LEITO	DATA		
		118-3	24/6/16	
PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE	após PPP		HORÁRIO
2	AVP			3m
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			manhã
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			tarde
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	S/N		noite
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			02h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSV + CCGG 6/6 H			M. Antecoma
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			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

HGR
RORAIMA
11 NOV. 2016
Presente
Original
Este Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H	117x71	85		
12 H				
18 H				
24 H	101x74	94		

Dr. Rodrigo A. Melo
Residência de Ortopedia e Traumatologia
C.R.O. 1826



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

ORTOPEDIA
CAUTELA DA NEUROCIRURGIA

Tipo Cirurgia:

OSTEOSÍNTESE FRATURA ACETABULO (D)

Data: 24/10/16

Nº. DO PRONTUÁRIO:

SU

Paciente: RAILTON DE SOUZA MOTA

Idade 49A

Bloco: A Enfermaria 118 Leito: 3

Caixa: PEQUENOS FRAGMENTOS + PLACAS Nº

ESP. DEQ. FRAG.

Circulante: QUANDO

Sala 03

Conferencia Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA DE RECONSTRUÇÃO ACETABULO DE 3 FOLIOS - 1

PARAFUSO CORTICAL Nº 38 - F

40 - 1

30 - 1

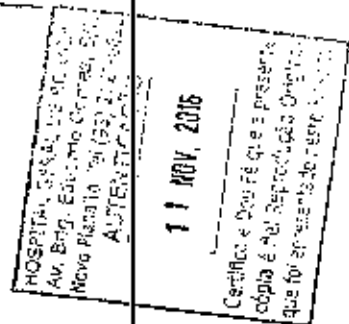
PARAFUSO ESPONJOSO Nº 50 - 1

Dr. Vitor Montenegro
T. 11.111.111-111
R. 111, 111 - 111

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



22 FEV. 2017

7º - SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: DALETON DE SOUZA MOTA





TRANSOPERATÓRIO				Anestesia		Sinais Vitais	
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Salda S.O.	Cirurgia Realizada	SRPA	
16:18	16:58	16:20	18:20		Rogem Antenotest. Ant. Antenotest.		
Cirurgia Realizada: F.M.T.				Posicionamento: UTERAL	Localização: (2)		
Anestesia: ACETABULAR				Antibiótico: Penicilina			
Hidratação: 100ml				Terapia: Hemoderivados			
SG a 0,9%: 100ml				Nome: Uterus	CH: 100ml		
SG a 10%: 100ml				Outros: 100ml	Plasma: 100ml		
Nº de compressas oferecidas: 10				Plaquetas: 10	Antídoto Patológico: 10		
Nº de compressas recolhidas: 10				Antídoto Patológico: 10	Antídoto Patológico: 10		
Sinais Vitais:							
T: 36,5°C				P: 75 bpm			
SAT: 95%				R: 18 rpm			
() Regular				() Irregular			
FC: 75 bpm				PA: 101/63 mmHg			
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:							
2. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
3. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
4. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
5. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
6. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
7. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
8. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
9. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
10. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
11. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
12. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
13. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
14. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
15. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
16. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
17. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
18. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
19. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
20. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
21. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
22. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
23. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
24. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
25. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
26. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
27. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
28. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
29. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
30. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
31. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
32. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
33. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
34. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
35. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
36. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
37. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
38. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
39. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular () Irregular							
40. Condições da Pele: () Ferimento () Queimado () Menor trauma () Contusão () Edema () Definição () Amputação () Mordida () Fratura							
41. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros: 100ml							
42. Sinais Vitais: T: 36,5°C P: 75 bpm SAT: 95% R: 18 rpm () Regular							



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: DAUTON DE SOUZA MOTA
Cirurgião Responsável: DR. VITOR

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU

- ☐ Identidade
- ☐ Sítio Cirúrgico
- ☐ Procedimento
- ☐ Consentimento

() RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☐ Não se Aplica

() SÍTIO DEMARCADO NÃO SE APLICA

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não
- ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não

() Sim, e equipamento assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não

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

Data: 24/10/16

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: DR. FABIAN

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

() CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
- ☐ Sítio cirúrgico
- ☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

AS INSTRUMENTAIS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM QUE A EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COMO ABOCARE

() O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

() SE AS CONTINGÊNCIAS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICAS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (BOBINA SE APLICAM)

() COMO A MOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA INCLUINDO O NOME DO PACIENTE

() SERÁ A EQUIPE PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() O CIRURGIÃO O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM

PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 47A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
RAILTON DE SOUZA LOTA		118.3	6W	24 / 10 / 2016	
CIRURGIA					
RPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOSINTESE FRAT. ACETABULO ①		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:58	18:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. VITOR MONTEVEGHO		ANESTESISTA:	DR. FABIAN	
AUXILIAR	R3. EMALIO + DR. DWYD		RES. ANESTESIA:	R1. FABIO	
2º AUXILIAR	R1. RODRIGO		INSTRUMENTADOR		
TIPO DE ANESTESIA: RAQUE			CIRCULANTE	OVAR DE	
QUANT. MATERIAIS VALOR			QUANT. MEDICAMENTOS VALOR		
11	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
11	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
11	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		11	FIO VICRYL Nº 0	
	LUVA ESTERIL 8.0		11	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
11	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS Tam M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº 24			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		11	SURGICAL ELÉTRICO 0005	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO CATETER 02	
1	SERINGA 05 ML		30ml	KIT CATARATA Nº DEGRADADO	
17	SERINGA 10ML		30ml	GEFOAM ALCOOL 70%	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	AGULHA Ø1 RAQUE 4:25			OUTROS:	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS			
	REBECA	SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
		TAXA DE ANESTESIA			
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Petrolífera dos Direitos"

ASA II

octopédia
FICHA DE ANESTESIA

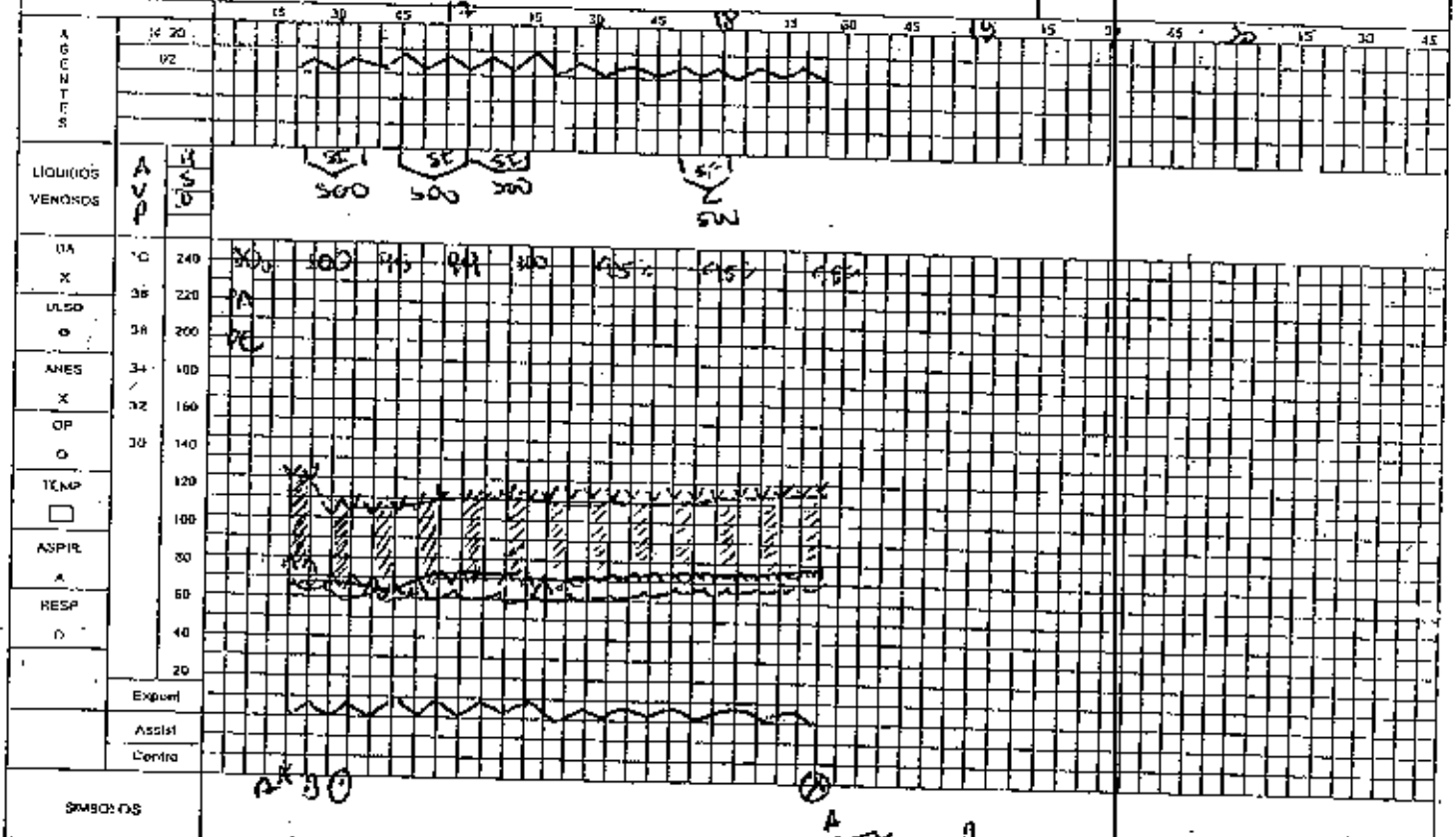
Raulton de Souza Melo. 429

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Muscl 5mg
Fent 100mg
16:15h
10h

EF II.

24-10-2016



AGÊNCIAS	DOSES	TECNICA	NOTAÇÕES
A	Bupivacaína 0.5% 10ml 3amg	Esquirolização com Lolly	x. Assépsia cutânea de região bumbom e Glaxo 10x. Compo feustroco - Infiltração superficial e profunda dos pontos com xilocaina 2%. 60mg - Puncão apoc sabanocêntrico Lolly, agulha 25G, 1cc cloro e normoteno - Injeção de bupivacaína 0.5% 10ml 3amg + miquis 60mg 1. Cefazolimo 3g + titolol 40g A sra
U	Morfina 4mg	Via paramediana	
C	titolol 40mg	ventilação espontânea e O2	
D	Cefazolimo 3g	Suplementar	
E	Efedrina 30mg		
F			
G	GLICOSE	LIQUIDOS 2000 ml	
H	NIÇO	Cânula - Nasal Oro Faríngea	
I	SANGUE	Naso / Otorrinolaringo - Cega	
J		Bol - Tamp - Carro de Tubo	
K		Solo Máscara	
L		Dilatação Técnica	
M		cateter nasal	
N		TEMPERATURA	
O		TEMPO DE ANESTESIA	
P		01:55 h.	
Q			
R			
S			
T			
U			
V			
W			
X			
Y			
Z			

Operação: Feoban oculobulbo D / esclerossintese

ANESTESIA: Dr. Foban / Dr. Foban (R3)

CÓDIGO: 00000

CIRURGO: Dr. Bruno / Dr. Ditor

PERDA SANGÜÍNEA: 00 ml

11 NOV 2016

22 FEV 2017

Dr. Alberto P. M. Herrera
Anestesiologista
CRM-RR 307



BOLETIM OPERATÓRIO

Polite - de longe vista

Data: 24 / 10 / 16

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Evolução de politrauma (47)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: / politrauma cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: oitavo mês de politrauma (47)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Vitor Montenegro

1º AUXILIAR: Dr. Bruno F. Aguiar

2º AUXILIAR: Dr. Friaclau

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

01/ Paciente em O2 10h anestesia

02/ Anestesia + politrauma + campos ósticos

03/ Incisão longitudinal lateral da quadril
(P) + dividida por planos até base da
fratura.04/ Fixação com placa de reconstrução
+ 4 tornafixos internos.

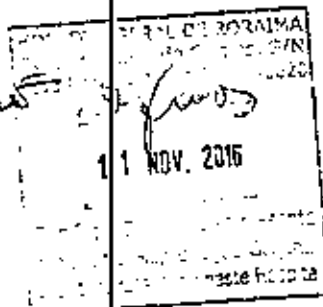
05/ Lavagem de hemostasia

06/ Auxílio ao inter-fundor de imagens

07/ Wound por planos anteriores.

08/ curativos

09/ RPA



SUS		Sistema União de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				151177	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - 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					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
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 DE CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - CNPJ DA SEGURADORA					
34 - CNPJ EMPRESA					
35 - Nº DO BILHETE					
36 - CHAVE DA EMPRESA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - CHAVE DA EMPRESA					
39 - Nº DO BILHETE					
40 - CHAVE DA EMPRESA					
41 - Nº DO BILHETE					
42 - CHAVE DA EMPRESA					
43 - Nº DO BILHETE					
44 - CHAVE DA EMPRESA					
45 - Nº DO BILHETE					
46 - CHAVE DA EMPRESA					
47 - Nº DO BILHETE					
48 - CHAVE DA EMPRESA					
49 - Nº DO BILHETE					
50 - CHAVE DA EMPRESA					
51 - Nº DO BILHETE					
52 - CHAVE DA EMPRESA					
53 - Nº DO BILHETE					
54 - CHAVE DA EMPRESA					
55 - Nº DO BILHETE					
56 - CHAVE DA EMPRESA					
57 - Nº DO BILHETE					
58 - CHAVE DA EMPRESA					
59 - Nº DO BILHETE					
60 - CHAVE DA EMPRESA					
61 - Nº DO BILHETE					
62 - CHAVE DA EMPRESA					
63 - Nº DO BILHETE					
64 - CHAVE DA EMPRESA					
65 - Nº DO BILHETE					
66 - CHAVE DA EMPRESA					
67 - Nº DO BILHETE					
68 - CHAVE DA EMPRESA					
69 - Nº DO BILHETE					
70 - CHAVE DA EMPRESA					
71 - Nº DO BILHETE					
72 - CHAVE DA EMPRESA					
73 - Nº DO BILHETE					
74 - CHAVE DA EMPRESA					
75 - Nº DO BILHETE					
76 - CHAVE DA EMPRESA					
77 - Nº DO BILHETE					
78 - CHAVE DA EMPRESA					
79 - Nº DO BILHETE					
80 - CHAVE DA EMPRESA					
81 - Nº DO BILHETE					
82 - CHAVE DA EMPRESA					
83 - Nº DO BILHETE					
84 - CHAVE DA EMPRESA					
85 - Nº DO BILHETE					
86 - CHAVE DA EMPRESA					
87 - Nº DO BILHETE					
88 - CHAVE DA EMPRESA					
89 - Nº DO BILHETE					
90 - CHAVE DA EMPRESA					
91 - Nº DO BILHETE					
92 - CHAVE DA EMPRESA					
93 - Nº DO BILHETE					
94 - CHAVE DA EMPRESA					
95 - Nº DO BILHETE					
96 - CHAVE DA EMPRESA					
97 - Nº DO BILHETE					
98 - CHAVE DA EMPRESA					
99 - Nº DO BILHETE					
100 - CHAVE DA EMPRESA					

SUS

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

23 - CLÍNICA

24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

25 - DOCUMENTO

26 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

28 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

29 - N° DO BILHETE

30 - SÉRIE

31 - CHAE DA EMPRESA

32 - CBOR

33 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

34 - EMPREGADOR

35 - AUTÔNOMO

36 - DESEMPREGADO

37 - APOSENTADO

38 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

40 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

41 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42 - DOCUMENTO

43 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

22 FEB 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAILTON DE SOUZA MOTA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	118-3	DATA	20/10/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LAXATIVA				
2	AVP				5h
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H				12h
4	DIPIRONA 1 G + AD EVOU VO 6/6h SN				2h
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				5h
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
7	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				9h
8	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				9h
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				9h
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				9h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				9h
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				9h
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SUSP
14	CURATIVO DIARIO				9h
15	OLEO MINERAL 15ML VO 2 X DIA				9h
16	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA				9h
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				9h

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

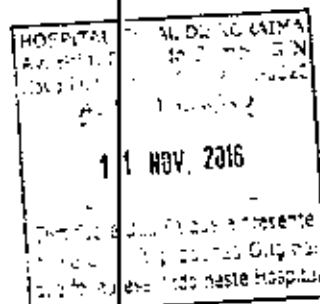
EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



6 H	166x56	72	—	35,8
12 H	126x78	65	—	36°C
18 H	110x70	60		36,10
24 H				

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAILTON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

19/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

leptotoma

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

8

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H

13

CLEXANE 40MG SC 1XDIA

14

CURATIVO DIARIO

19

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H SI DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

2a - 08/10/2016 15h 2a dia (10) 11/10/2016

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

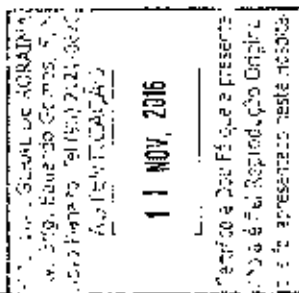
EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR

6 H	11/10/2016	6 L	36.5
12 H	12/10/2016	6 L	35.70
18 H			
24 H	12/10/2016	7 L	36.0

22 FEV. 2017



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº I Versão:06

Data da Elaboração:
Fevereiro 2013

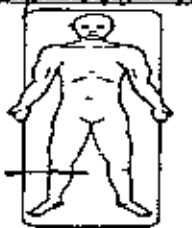
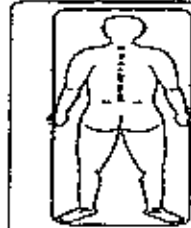
Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 118.3

Nome: Raíton de Souza Neto

DATA: 18.10.16

Localização / Região: perna dir



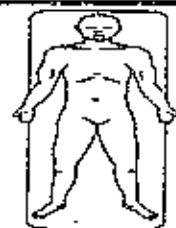
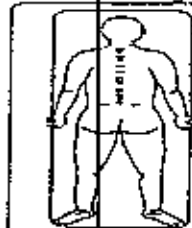
Tração

DATA:

☐ GRAU - I

☐ GRAU - II

Localização / Região



☒ GRAU - I

☐ GRAU - II

Etiologia

☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética
☐ Neuropática ☒ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

☒ Tecido de granulação ☐ com escalo
☐ Tecido necrótico

Quantidade de Exsudato

☒ seco, mínimo ☐ úmido, pouco
☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante

Tipo de exsudato:

☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento
☐ Purulento ☐ Serosanguíneo

Dor:

☐ Sim ☒ Não

Odor:

☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito
☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor

Condição da pele
Perifoneal:

☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Prurido ☐ Outras: _____

Solução para limpeza

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2%
☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____

Cobertura primária
(Contato direto na lesão)

☒ Gaze ☐ Colagenase
☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata
☐ AGE ☐ Outro: _____

Hora do curativo:

☒ Manhã ☐ Tarde

Data da Próxima troca:

20/10/16

Em caso de + de 24hs

01- Adenilde
02- Rozangela
03- Naia

Carimbo e Assinatura
do Enfermeiro

OBS:

OBS:

HOSPITAL GERAL DE RIO BRANCO
Novo Hospital - 11 NOV. 2015
11 NOV. 2015
Cópia para o enfermeiro
Cópia para o enfermeiro



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Paulo de Souza Costa

IDADE: _____ REGISTRO: _____

BLOCO: A ENFERMARIA: 118LEITO: 3

UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: orto pedioPARA: cardio logia

Anos Clínicos:

Solicito novo exame
foto!

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826

18/10/16
Data

Médico

47 anos. Pto. angio
Cec. Ant. de
420 kg. 47

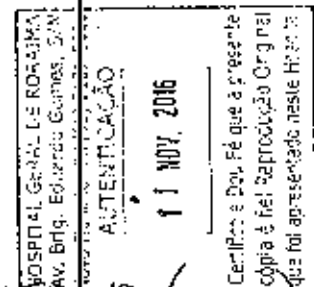
ECA: pto. Sinal
KSO extensas

Siglo micror. Ateriosclerose 50% VD/die

PC Classe II goldman

18/10/16

Data



Dr. Marcelo Mendes P. Souza
Cardiologista
CRM-RR 105198

Médico

22 FEV. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAILTON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

18/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

8

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H

13

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

14

CURATIVO DIARIO

19

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

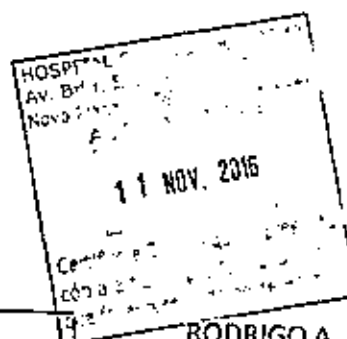
EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



17:00. Trocadoury.
+ Tran

	PA	P.	T
6 H	97/60	68	36,1L
12 H	120/80	62	35,5L
18 H	130/80	66	36
24 H	108/68	72	36L

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR



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

HGR



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAILTON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

17/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 8/8h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

8

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 8/6 H

12

CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H

13

CLEXANE 40MG SC 1XDIA

14

CURATIVO DIARIO

19

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

6 H	132x82	86		36
12 H	132x86	89	-	36°C
18 H				
24 H	133x85	77		36,2

Residência em Ortopedia e Traumatologia
HGR
CRM-RR 1826

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR



22 FEV. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAILTON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

16/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

8

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H

13

CLEXANE 40MG SC 1XDIA

14

CURATIVO DIARIO

19

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

11 NOV. 2015

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente em Ortopedia e
Traumatologia - HGR
CRM-RR 183N

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR

6 H	150x70	64	36,8°C
12 H	150x90	78	36°
18 H	147x79		
24 H	130x80	62	36,5°C



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RAILTON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

15/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

8

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H

13

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA

14

CURATIVO DIARIO

19

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H SI DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

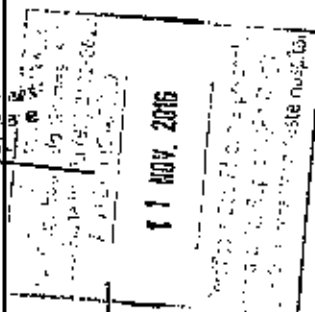
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

6 H	124/81	53	-	36°C
12 H	132/88	62	-	36,8°C
18 H	150/93	70	-	37,3°C
24 H	174/96	72	-	37,5°C

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR

Dr. Wilber Lima R. Almeida
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
CRM-RR 1830



22 FEV. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RAILTON DE SOUZA MOTA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	118-3	DATA	14/10/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				SND
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H				MANV 6h
4	DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN				17h 20
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				SN
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
7	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				SN
8	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				DE
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				SUSP
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				SN
14	CURATIVO DIARIO				SN
19	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA				RECEITA 24h
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

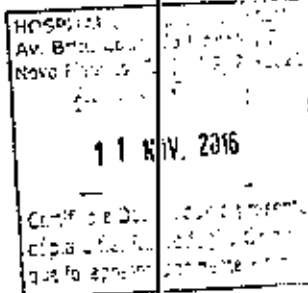
EXAME FÍSICO: 22.53 TROCA A.U.P. TEL 600

SOLICITADO:

CONDUITA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:



	P.A	FC	FR	TAX.
6 H	160x10	60	—	36.7
12 H	120x80	92	18	36.2
18 H	121x76	71	—	—
24 H	150x93	60	—	36.4

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR

(12h PCT no leito, sem QUEIXA ALGICA, segue cuidados
— TEL. 1500VIE-1



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Robson de Souza Neto				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS					
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
LEITO	118-3	DATA	13/10/16		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TENOXICAM 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h SE DOR OU FEBRE				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h SE NÁUSEAS OU VÔMITOS				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	Ulexane 40-50 (50) 1x dia				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

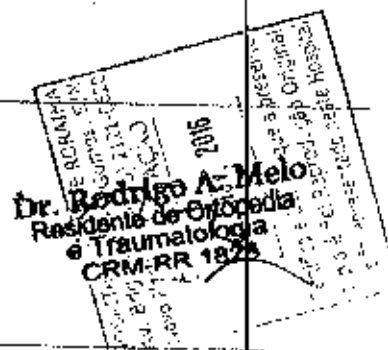
SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	120/70	84	35,7°C
12 H	140/100	92	35,9
18 H	100x70	70	36,5°C
24 H	110/70	72	36,3°C



22 FEV. 2017



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HGR



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RALITON DE SOUZA MOTA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	118-3	DATA	12/10/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3x/d
2	AVP				
3	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H				10
4	DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 8/8h SN				
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN				
6	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
7	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				
8	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				SUSP
13	CLEXANE 40MG SC 1XDIA				
14	CURATIVO DIARIO				
19	MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Nova Fátima - Tel: (93) 2101-0620
AUTENTICAÇÃO
11 NOV. 2016
Carimbo e Assinatura do Médico
que foi representado neste Hospital

6 H	120/80	83		35
12 H	123x22	73		36.5
18 H	121x29	72		36
23x24 H	118/80	91		35.5

RODRIGO A MELO
RESIDENTE EM ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
CRM 1826-RR



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HER



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE RALITON DE SOUZA MOTA

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

LEITO

118-3

DATA

11/10/2016

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

TENOXICAM 20 MG EV 12/12H

4

DIPIRONA 1 G +AD EVOU VO 6/6h SN

5

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN

6

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

7

OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA

8

SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

10

SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H

13

CLEXANE 40MG SC 1XDIA

14

CURATIVO DIARIO

19

MORFINA 10MG + 9ML AD, FAZER 3ML EV 8/8H S/ DOR INTENSA

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO:

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA:

Realizado Coleta de Exames
Laboratoriais de Rotina

Em: 11/10/16

Hora: 14:15h

Ass: Equipe de Coleta

HOSPITAL DE RORAIMA
Rua Eduardo Gomes, S/N
Fone: (91) 3221-0520
AUTENTICAÇÃO

11 NOV. 2016

Este documento é de uso exclusivo do Hospital de Roraima e não pode ser reproduzido sem a autorização expressa do Hospital.

RODRIGO A MELO

RESIDENTE EM ORTOPEDIA

TRAUMATOLOGIA

CRM 1826-RR

6 H	144x98	65	36.5
12 H	122x74	79	36
18 H	140x80	90	38
24 H	160x80	90	37.8

22 FEV. 2017



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



DATA DE ADMISSÃO: 08/10/2016 DIH: 08/10/2016 DN: 07/05/2016

PACIENTE: RALINTON DE SOUZA MOTA

AGNÓSTICO: FX LUX E ACETABULO

ALERGIAS: NEGA HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 47 LEITO: 204.3 DATA: 10/10/2016

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	
2	SFO,9% 500ML EV 12/12H	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H SN	
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:
6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML,
GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO: PRE OPERATORIO

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

11 NOV. 2016

Dr. Wilber Pálha de Novais
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

	PA	FC	Tox	
6 H	127x84	76		36,22
12 H	130x80	86	36,50	
18 H	156x89	88	34,8	
24 H	120x83	93	36,9	

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Paciente em repouso no leito, com trocos
transesqueléticos HTP. Sem queixa algica
sendo medicado a.p.m. Segue em estudo.

118



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

08/10/16

PACIENTE

Dr. Leonardo Ribeiro

DIAGNÓSTICO

fractura de humerus direito

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

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 DULML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Dr. Leonardo Ribeiro
Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1715

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente admitido em 08/10/16 com diagnóstico de fratura de humerus direito.

Procedimento com internamento.

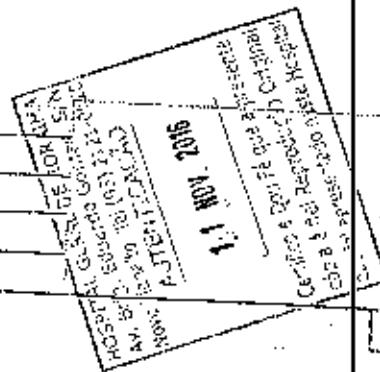
SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H



22 FEV. 2017



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Roberto de Souza Mota
Cirurgião Responsável

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Fabiano

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

() PACIENTE CONFIRMOU

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

() RISCO CIRÚRGICO

- () Aplica
- () Não se aplica

() SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA?

- () Não
- () Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- () Não
- () Sim, e equipamento de assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

() CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- () Identificação do paciente
- () Sítio cirúrgico
- () Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Sim
- () Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- () Sim
- () Não se aplica

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

() O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

() SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSORES E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

() COMO FOMOS REALIZADA A ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

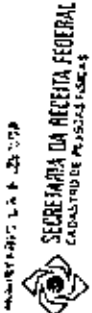
() SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM O EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PRECIPUAMENTE ESSES NOMEIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

Data: / / Hora: /

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



MINISTÉRIO DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

241531252 53

RALTON DE SOUZA MOTA

07.05.69

RALTON DE SOUZA MOTA

DOCUMENTO 4 *14%



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SERVICO PUBLICO FEDERAL
TERRITORIO FEDERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
DEPARTAMENTO DE POLICIA TECNICA

POLEGAR DIREITO

RALTON DE SOUZA MOTA

CARTeira DE IDENTIDADE DE RORAIMA

23715713-0

02 / 10 / 85

BRASIL

[Handwritten signature]

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL 31.07.1987

REGISTRO
GERAL
HOME

83.892

RALTON DE SOUZA MOTA

Juarez, Alves Mota *

Gerocilda de Souza Mota

Boa Vista-RR.

07.05.1969

DATA DE NASCIMENTO

Boa Vista-RR. nº 4.450/115, 21 Liv. 5 Boa Vista-RR.

24-531.252-53

[Handwritten signature]

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO
CENTRO NACIONAL DE HABITACÃO

JOÃO EDUARDO DE SOUZA

980151096

VALORES EM DIN
O HABITADO NACIONAL

980151096

DOC. IDENTIFICACIONAL
114507 000 00

CPF
303.051.512-00

DATA DE NASCIMENTO
07/06/1978

NOME
JOÃO EDUARDO DE SOUZA

ENDEREÇO
RUA EDUARDO DE
OLIVEIRA

RESIDÊNCIA
RUA EDUARDO DE
OLIVEIRA

DATA DE EMISSÃO
25/01/2020

DATA DE VALIDADE
15/12/1999

980151096

PROJETO PLANEJADO

LOCAL
RUA VITÓRIA - BARRAGEM

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

NUMERO DE IDENTIFICACAO
92885240616

NUMERO DE IDENTIFICACAO
92885240616

NUMERO DE IDENTIFICACAO
92885240616


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA NACIONAL
DETRAN - RR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 010110799728
VIA **01** **01040528900** **RUNTO** **2015** **EXERCÍCIO**
RALITON DE SOUZA MOTA
BOA VISTA-RR
241.531.252-53
PLACA **NAW0292**
PLACA ANT/VF **9BWJB4SU7FP160237**
CHASSI
ESPÉCIE TIPO **ALCO/BASOL**
COMBUSTÍVEL
ESP/CAVINHONET/ABER/C.DUP
ANO FAB **2015** **ANO MOD** **2015**
VW/SAVEIRO CD TL HB
CATEGORIA **PARTEICU** **COR PRE DOMINANTE** **BRANCA**
5P/104CV/
CAR/POT/OL
VENO/COTAS
1 ***PAG0***
VENO COTA UNICA
1* *********
P **V**
FAIXA LTV **PARCELAMENTO/COTAS**
2* *********
A **** PAGO COTA UNICA ****
3* *********
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **10% (R\$)** **PRÊMIO TOTAL (R\$)** **04/03/2015**
BOA VISTA-RR
LOCAL
DATA **06/03/2015**
AL.FID. DISAL ABM COMS B/T **TDA * BEN.TK**
IBUTARIO ATE 27/02/2015 *** PRÓDIO CIRC FOR**
A ZFM/ALC FOR+30 DIAS
DETRAN-RR
RR Nº 010110799728 **BILHETE DE SEGURO DPVAT**
241.531.252-53
PLACA **NAW0292**
BILHETE DE SEGURO DPVAT
RR Nº 010110799728
EXERCÍCIO **2015** **DATA EMISSÃO** **06/03/2015**
VIA **01** **241.531.252-53**
RENÁVAM **01040528900**
PLACA **NAW0292**
VW/SAVEIRO CD TL HB
MARCA/MODELO
2015
CHASSI **9BWJB4SU7FP160237**
PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$43.65
DETRAN (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$) **R\$48.5**
CUSTO DO BILHETE (R\$) **R\$4.15**
IOF (R\$)
INDICADOR DE GARANTIA **R\$101.52**
DATA DE OUTUBRO **04/03/2015**
Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A 110799728
CNPJ: 09.248.608/0001-04 66457457528
22 FEV. 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170117621

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RALITON DE SOUZA MOTA

Data do acidente: 08/10/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETABULO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170117621

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RALITON DE SOUZA MOTA

Data do acidente: 08/10/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de acetábulo direito

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do quadril direito devido a osteofibrose provocando diminuição da amplitude de movimento (flexão)

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com osteossíntese da fratura, realizou tratamento fisioterápico e encontra-se de alta médica desde 10/01/2017

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Junior

CRM do médico: 1800

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

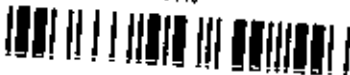
Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Ralston de Souza Mota
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Mestre de Obra
IDENTIDADE:	83892 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Augustina, N°: 588, Camané

OUTORGADO

NOME:	João Imácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua: Antonio P. Galvão, N°: 1832, Curitiba

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



Boa Vista - RR

LOCAL E DATA

22.02.2017

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Amílcar Taveira, 4800 - Boa Vista - Boa Vista - RR
Fone: (067) 4072-4166

Reconheço por Verdadeira a(s) firma(s)

Do que dou fé, Boa Vista, 20 de Dezembro de 2016.

Daniel Antonio de Aquino Neto (Tabelião)
Lúcio Ricardo Queiroz Paes - Tabelião Substituto
EGLC. Em testemunho de Verdade.

Emolumentos: R\$ 1,50 (Seiscentos e cinquenta reais)

Camila Retroz
Escritoriente Autônoma

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): RALITON DE SOUZA MOTA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA IUGUSLÁVIA, 588 - CC - BOA

VISTA/RR - CEP 69311-087

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 83892 - SSP/RR

Data e Local do Exame : 12/04/2017 AV BRIGADEIRO EDUARDO, 4099 -
BOA VISTA/RR

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Segurado relata acidente de trânsito em 08/10/2016, com encaminhamento para atendimento médico hospitalar. Em virtude do acidente que sofreu de carro .

Diagnóstico: fratura de acetábulo ilíaco direito.

Exame Físico: diminuição da flexão do quadril direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

paciente evolui sem intercorrências.

realizou cirurgia (osteossíntese de acetábulo ilíaco direito)

realizou fisioterapia.

teve alta dia 10/01/2017

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

diminuição da flexão do quadril direito, devido a osteofibrose no local da fratura.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

quadril direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Francisco Junior
Médico Examinador
CRM-RP 1800
ERGOCLIN

FRANCISCO RAIMUNDO DA SILVA JUNIOR CRM : 1800 / UF :RO

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2017

Carta nº: 10784492

A/C: RALITON DE SOUZA MOTA

Sinistro: 3170117621 ASL-0079323/17
Vítima: RALITON DE SOUZA MOTA
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2017

Carta nº: 10901834

A/C: RALITON DE SOUZA MOTA

Sinistro: 3170117621 ASL-0079323/17
Vítima: RALITON DE SOUZA MOTA
Data Acidente: 08/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **RALITON DE SOUZA MOTA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000046688-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

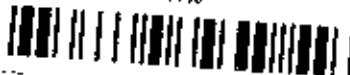
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





DOCUMENTO: 7736



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, RANITON DE SOUZA MOTA

PORTADOR(A) DO RG Nº 83892 EXPEDIDO POR SESP/RR EM 31/07/07 E
CPF 241531252-53 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO MESTRE OBR
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RANITON DE SOUZA MOTA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0653 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46688-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

BOA VISTA, 11 de NOVEMBRO de 2016 / RALTON DE SOUZA MOTA

LOCAL E DATA

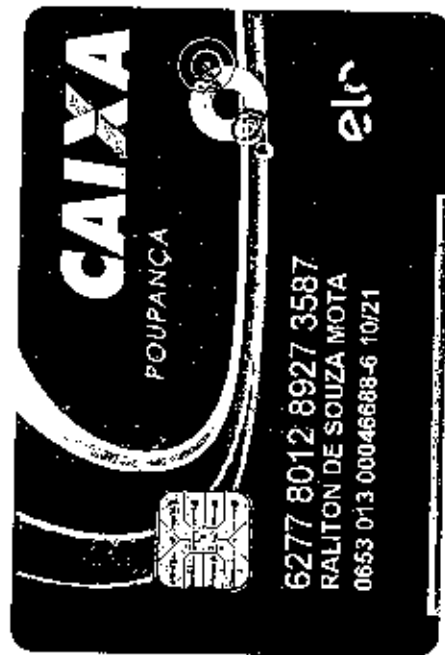
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

22 FEB 2017



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



22 FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1937184 - ANDRE LUIZ MARÇAL DA SILVA Data/Hora do Acidente (hora local): 05/10/2016 18:45 BR: 174 KM: 518,0
Município/UF: BOA VISTA/RR Tipo de Acidente: Colisão traseira Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Anotecer Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Sim

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Danos no veículo VZ

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0

Possui defesa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?

Existe cantilho central? Não Estado de Conservação: Largura (m): 0 Tipo de Inclinação:

Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre

Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Simples Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 7,4 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

22 FEV. 2017



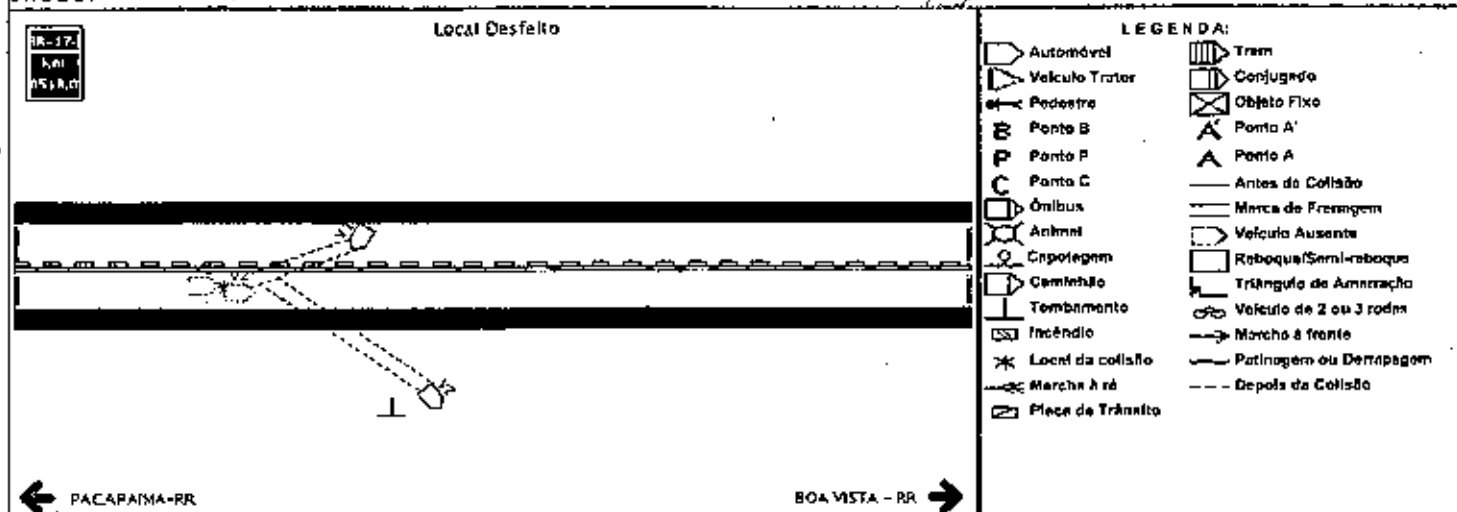
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

A equipe PRF atendeu às 18:30 solicitação via CIOF para comparecer na altura do KM 518 para verificação de possível ocorrência de acidente. Chegando ao local deparou-se com dois veículos: V1- VW/SAVEIRO CD TL MB, placa NAW-0292 e V2- MMC PAJERO HPE 3.2 D placa JXX-4884. V1 encontrava-se sobre a pista de rolamento em posição perpendicular ao fluxo crescente, apresentando a parte frontal danificada. V2 estava fora do leito carroçável da via, tombado.

No dia 08/10/2016, por volta das 18:15h, a equipe da PRF foi acionada pela CIOF para verificar a ocorrência de acidente ocorrido na BR 174, Km 518, no município de Boa Vista-RR. Chegando ao local, foi verificada a ocorrência do acidente. O acidente do tipo Colisão Traseira, envolveu o veículo VW/SAVEIRO CD TL MB, placa NAW-0292, conduzido pelo Sr RALTON DE SOUZA MOTA, CPF 241.531.252-53, doravante denominado V1, e o veículo MMC PAJERO HPE 3.2 D placa JXX-4884, conduzida pelo Sr LEIRSON LIMA DE AMORIM, CPF 664.161.672-04, doravante denominada V2.

De acordo com vestígios no local e relato dos envolvidos foi verificado que V1 segue seu fluxo normal da via, deslocando-se no sentido Pacapaima/Boa Vista quando colidiu com V2 que seguia no mesmo sentido.

V1 encontrava-se sobre a pista de rolamento em posição perpendicular ao fluxo crescente, apresentando a parte frontal danificada.

V2 estava fora do leito carroçável da via, tombado na faixa de domínio e apresentava danos nas laterais e principalmente na parte traseira.

O condutor de V1 foi conduzido ao hospital e encontrava-se sem condições de prestar declaração e não realizou o teste de Etômetro.

O condutor de V2 encontrava-se no local, habilitado, apresentava escoriações nos braços, realizou o teste de Etômetro nº 466 tendo como resultado 0,00 mg/L, outros dois ocupantes do veículo V2, as senhoras MARLA VANESSA LAIOLA DE OLIVEIRA e KATIA CILENE DE OLIVEIRA FRAXE foram encaminhadas ao HGR pela equipe SAMU. Relatou o condutor de V2 que fora atingido por V1 na traseira de seu veículo quando transitava sentido Boa Vista, segundo o condutor, V1 apareceu de repente e estaria com os faróis apagados, pois, o trecho é reto e mesmo assim ele não avistou o veículo até momentos antes da colisão. Segundo o condutor, V1 deslocava-se em uma velocidade muito alta.

No interior de V1 foi encontrado uma lata de cerveja, ainda fechada.

V1 foi retirado do local com auxílio de um guincho particular e deixado aos cuidados do JOSÉ DA PENHA SANTOS BARCELOS, CPF 368.756.941-15.

V2 ficou aos cuidados do sr LEIRSON LIMA DE AMORIM, RG 152354 SSP/RR.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181a/201584033ca

22 FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NAY-0292 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 8BWJB45U7FP160237 Renavam: 01040528900
Marca/Modelo: VW/SAVEIRO CD TL MB Cor: BRANCA Ano: 2015 Tipo: Caminhoneta Emplacamento: BOA VISTA/RR
Ocupantes: 1 Espécie: Especial Categoria: Particular
Proprietário: RALTON DE SOUZA MOTA CPF/CNPJ: 241.531.252-53
Endereço: CEP: -
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 20:30 Motivo: Remoção
Responsável pela Recepção: MARIA AMANDA GADELHA MACHADO
Documento do Responsável: 3199010 SSP RR
Município/UF: BOA VISTA/RR Descrição do Encaminhamento: ENTREGUE PARA GUINCHO PLACA NBA 0095

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: JXX-4884 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: JMYLYV98W8JAD1346 Renavam: 00960543465
Marca/Modelo: UMMC PAJERO HPE 3.2 D Cor: PRATA Ano: 2008 Tipo: Utilitário Emplacamento: BOA VISTA/RR
Ocupantes: 3 Espécie: Misto Categoria: Particular
Proprietário: JORGE DA SILVA FRAXE CPF/CNPJ: 144.511.742-87
Endereço: CEP: -
Município/UF: Telefones: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BOA VISTA/RR - BRASIL Destino: BOA VISTA/RR - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Terceiros Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 21:00 Motivo: Entrega
Responsável pela Recepção: LEIRSON LIMA DE AMORIM
Documento do Responsável: 152354 SSP RR
Município/UF: BOA VISTA/RR Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af201584033ca

22 FEV 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1NAW-0292
Nome/Apelido: RALTON DE SOUZA MOTA
Data de Nascimento: 07/05/1969 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai:
Nome da Mãe: GEROCILDA DE SOUZA MOTA
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones: Celular:
Grau de Instrução:
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 241.531.252-53 Documento de Identificação: 83892 Órgão Expedidor: SSP /RR
Origem: Destino:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 04522771853/RR Primeira Habilitação: 11/12/2008
Validade CNH: 10/12/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: WESLEEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro
Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2JXX-4884
Nome/Apelido: LEIRSON LIMA DE AMORIM
Data de Nascimento: 04/04/1980 Sexo: Masculino Estado Civil:
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA DA LUZ LIMA DE AMORIM
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones: Celular:
Grau de Instrução:
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 884.161.872-04 Documento de Identificação: 152354 Órgão Expedidor: SSP /RR
Origem: Destino:
Estado Físico: Ineso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 00478733554/RR Primeira Habilitação: 23/11/1998
Validade CNH: 04/12/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: 2,0 Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Terceiros Responsável pela Recepção: IGNORADO
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 21:40
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: Socorro
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

22 FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo V2/JXX-4884 /
Nome/Apelido: KATIA CILENE DE OLIVEIRA PRAXE **Sexo:** Feminino **Data de** 09/03/1973
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: EROCY MARQUES DE OLIVEIRA
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: _____ **Documento de Identificação:** _____ **Orgão Expedidor:** _____ **Telefones:** _____
Estado Civil: _____ **Grau de Instrução:** _____
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** WESLLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181a720f584033ca

22.FEV.2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo V2/JXX-4884 /
Nome/Apelido: MARLA VANESSA LAIOLA DE OLIVEIRA Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino Data de
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: MARIA LAUDECI LAIOLA
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: ☒ BRASIL
CPF: 009.567.952-93 Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____ Telefones: _____
Estado Civil: _____ Grau de Instrução: _____
Ocupação Principal: _____ Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: ☒ Lesões Leves ☐ Socorrido pela PRF? ☒ Não ☐ Usava Cinto? ☒ Sim ☐ Usava Capacete? ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não ☐
Transcrição da Declaração: _____

Participantes:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☒ SAMU ☐ Responsável pela Recepção: WESLLEN ROCHA
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 08/10/2016 19:34
Município/UF: BOA VISTA/RR Motivo: ☒ Socorro
Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

22.FEV.2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / IMMC PAJERO HPE 3.2 D	Placa: JXX-4884
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARÇAL DA SILVA	Nº BOAT: 83505552
Registro/Matrícula do Agente: 1937184	Data: 08/10/2016 18:45

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1	X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1	X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1	X			47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1	X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		21			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
Total de pontos "SIM" + "NA":								21			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista		X	55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro		X	56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☒ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- ☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Veículo tomado impossibilitou a retirada de fotos em melhores ângulos

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

22 FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / VW/SAVEIRO CD TL MB **Placa:** NAW-0292
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA **Nº BOAT:** 83505552
Registro/Matrícula do Agente: 1937184 **Data:** 08/10/2016 18:45

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1		X		29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		34			
25	Painel Traseiro / divisor	1		X		Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0			
Total de pontos "SIM" + "NA":								34			

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis	X	
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)	X	
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)	X	
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X	
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus	X	
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☒ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

22 FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	83505552
Comunicação:	C2057417
* STATUS DA OCORRÊNCIA:	Encerrada

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE:	181a720f584033ca

22.FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

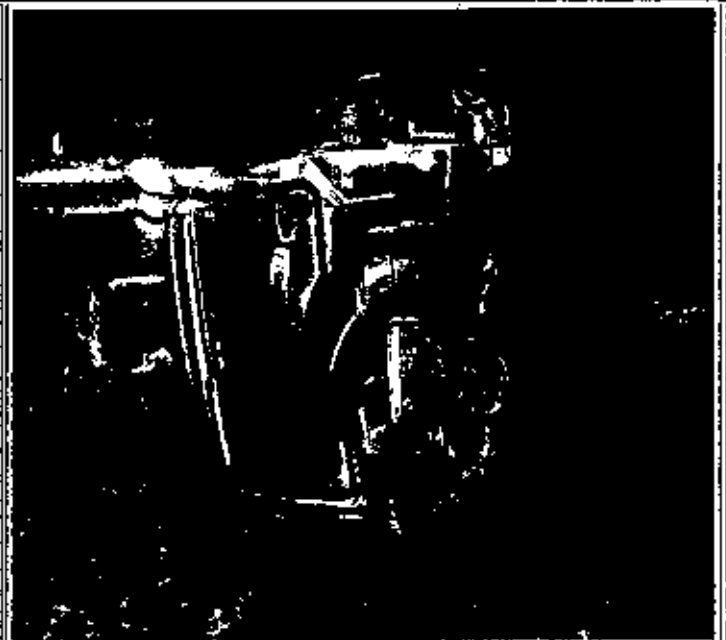
OCORRÊNCIA: 83505552
Comunicação: C2057417
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / I/MC PAJERO HPE 3.2 D	Placa: JXX-4884
Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA	Nº BOAT: 83505552
Registro/Matrícula do Agente: 1937184	Data: 08/10/2016 18:45



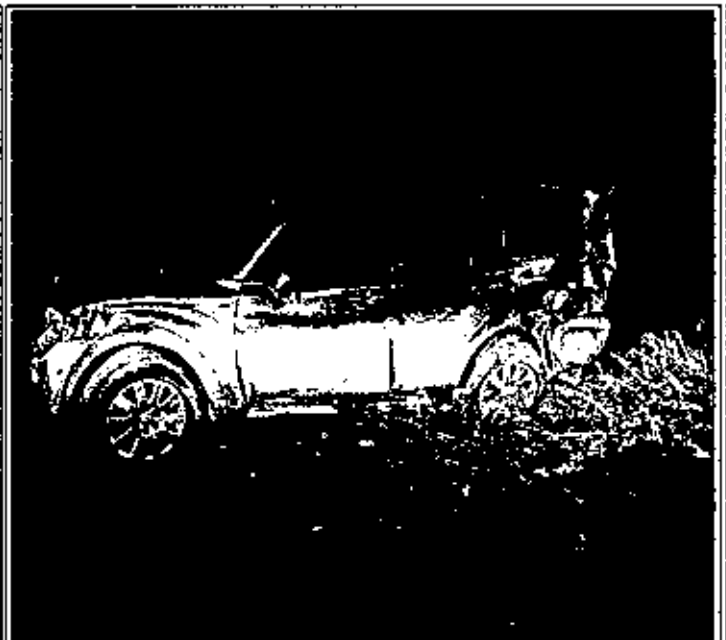
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46
NÚMERO DE CONTROLE: 181ef20f584033ca

22 FEV. 2017



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83505552

Comunicação: C2057417

*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / VW/SAVEIRO CD TL MB

Placa: NAW-0292

Nome do Agente/Assinatura: ANDRE LUIZ MARCAL DA SILVA

Nº BOAT: 83505552

Registro/Matrícula do Agente: 1937184

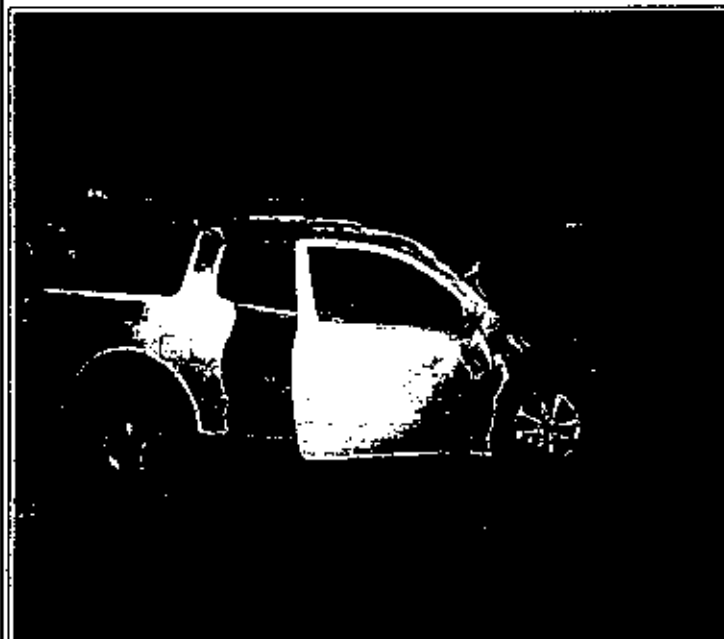
Data: 08/10/2016 18:45



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

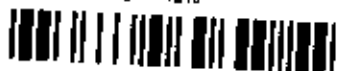
JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 08/11/2016 11:42:46

NÚMERO DE CONTROLE: 181af20f584033ca

22 FEV. 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, RAELITON DE SOUZA MOTAPortador (a) da carteira de identidade nº 83892/SESP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 241.531.252-53, residente edomiciliado na R: IUDENAVIA, 588 - CAUAMECidade BOA VISTA, Estado RR, declaro, sob as penas da lei,

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

☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

RAELITON DE SOUZA MOTA

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

BOA VISTA/RR, 11 / 11 / 16

Local e data

22 FEV. 2017

☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

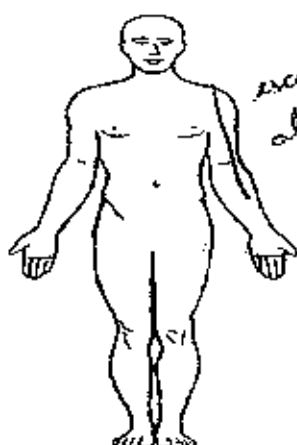
☐ Cosme o Silva
☐ HC SA
☐ Maternidade
☐ Outros

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSO	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

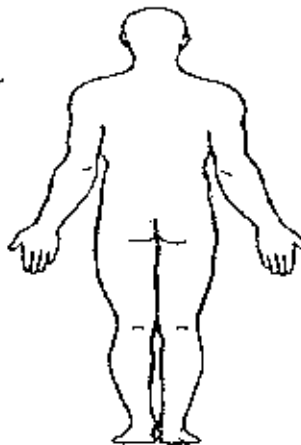
19h30 - Vítima colisão carro x carro, encontrado fora do veículo em decúbito dorsal, consciente, verbalizando, suspeita de fratura em A-D + escoriações abrasivas em M.D. Nega alergia, realizado protocolo do trauma. Pela avaliação da equipe air bag não dispensou, segundo a vítima disse que não. Regulagem feita e conduzido ao

ESCALA DE COMA DE GLASSOW			ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos			
Abre os olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	10-24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3	25-35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2	≥ 36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01-09	1
Orientação	Orientado	Balbucia	5	0	0
	Confuso	Choro irritado	4	> 90	4
	Palavras inapropriadas	Choro e dor	3	70-89	3
	Sons ou gemidos	Gemido e dor	2	50-69	2
Movimentos	Nenhuma	Nenhuma	1	01-49	1
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0
	Localiza a dor	Retira do toque	5	14-15	5
	Flexão normal	Retira e dor	4	11-13	4
Reflexos	Flexão anormal	Flexão normal	3	8-10	3
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5-7	2
	Nenhuma	Nenhuma	1	3-4	1
ESCALA DE GLASSOW			ESCORE DO TRAUMA		

GT. Tac Puntia
 387 261 0000



escoriações
abrasivas



CONFERE COM O ORIGINAL

EM 25/11/16

Stephanie

10:50h

GESTANTE

IG pl/semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

☐ Com cartão ☐ Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

6 luvas P, G

08 ataduras

22.FEV.2017

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RALITON DE SOUZA MOTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000046688-6

Nr. da Autenticação CAEB74FC6B994491