

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190655586
Nome do(a) Examinado(a):	JANDERSON FARIAS SICSU
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA MANOEL ANICETO PONTES 714 EQUATORIAL
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	508.564.132-91
Data e local do acidente:	30/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE POLITRAUMATISMO: FRATURA DA PELVE

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELAS

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

QUADRIL E: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

VII) Segundo 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de transito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Região Corporal (Sequela): QUADRIL ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



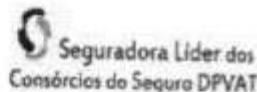
Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414144/19

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

CPF: 508.564.132-91

Data do acidente: 30/06/2019

Titular do CPF: JANDERSON FARIAS
SICSU

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JANDERSON FARIAS SICSU : 508.564.132-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIA SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE

Descrição do exame ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

físico: MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

Sequelas: Com sequelas

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE

Descrição do exame ABDÔMEN: PRESENÇA DE CICATRIZ DE LAPAROTOMIA EXPLORADORA

físico: MIE/PELVE: TESTE DE PATRICK POSITIVO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA ABDUÇÃO DO MIE + CREPITAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COXO/FEMORAL, COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO SOMENTE COM O MIE + CLAUDICAÇÃO

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA PELVE + LAPAROTOMIA EXPLORADORA DEVIDO DISTENSÃO ABDOMINAL (SEM LESÃO DE ÓRGÃO); FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019 E EVOLUIU COM SEQUELA

Sequelas permanentes: QUADRIL ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU ACENTUADO
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MEDICA A FRATURA DE PELVE COM A DESCRIÇÃO APRESENTADA SE RELACIONA À RESTRIÇÃO DE MOVIMENTOS EM QUADRIL ESQUERDO. ENTENDEMOS ASSIM QUE O ATO INDENIZATÓRIO ESTEJA LIGADO A SEQUELA INTENSA DE QUADRIL ESQUERDO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. P20
TRAUMA TESTICULAR. P33
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA ; QUADRIL: FIXADOR EXTERNO). P 2, 39 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @40

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655586 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO ABDOMINAL. P20
TRAUMA TESTICULAR. P33
DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA. P1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LAPAROTOMIA EXPLORADORA ; QUADRIL: FIXADOR EXTERNO). P 2, 39 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @40

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JANDERSON FARIAS SICSU

Identidade: 140326 SSP/RR CPF: 508.564.132-91

Naturalidade: PARINTINS/AM Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO Profissão: SUPERVISOR DE VENDAS

Endereço: AV MANOEL ANICETO PONTES, 714 - EQUATORIAL

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA Identidade: 80232 SSP/RR CPF: 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT .

Boa Vista-RR, 07 de agosto de 2019.

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)



Marijory C. C. Eshell Brilhia
Escrevente Autentica
Cartorio Loureiro

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190655586 **Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 31906555586

Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190655586 **Vítima: JANDERSON FARIAS SICSU**

Data do Acidente: 30/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANDERSON FARIAS SICSU

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JANDERSON FARIAS SICSU

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 033

Agência: 000003436

Conta: 000001075700-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

50856413291

4 - Nome completo da vítima:

JANDERSON FARIA SICSS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

 5 - Nome completo: **JANDERSON FARIA SICSS**

6 - CPF:

50856413291

7 - Profissão:

SÜPERV. DE VENDAS

8 - Endereço:

AV. MANOEL ANICETO PONTES

9 - Número:

714

10 - Complemento:

11 - Bairro:

EQUATORIAL

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69317-346

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZAAT1@HOTMAIL.R.COM

16 - Tel.(DDD):

95 991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR

 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237) Itaú (341)

 Nome do BANCO: SANTANDER
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 AGENCIA: 3436 CONTA: 075700 4

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Facilite o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA, MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número do sinistro no ASL:

3 - Número da vítima:

50656413291

4 - Nome completo da vítima:

JANDERSON FARIA SICIS

RELEVO DO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCUÍTO SUSPENSO N.º 445/2012

5 - Nome completo:

JANDERSON FARIA SICIS

6 - RG

50656413291

7 - Endereço:

8 - Endereço:

9 - Número:

714

10 - Complemento:

SUPERMERCADO VENDAS AV. MANDAL ANTÉGIO PONTES

11 - Bairro:

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69317-346

15 - IGB:

95991168367

16 - Fazenda:

MURANNA SOUTZAT

17 - E-mail:

Hotmail.com

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da direita, constar no cadastro acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 SIM PENDA R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DE INSCRIÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DE INSCRIÇÃO (PAIS, TUTOR E CURADOR)

 CONTA POUPANÇA (sómente para os bancos abaixo, não para a agência) CONTA CORRENTE (não nas agências) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTAS:

AGÊNCIA: 3436

CONTAS: 075700

Número da agência

Número da conta

Número da agência

Número da conta

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais) e que em seu direito, recorrendo a Venda, neste caso, a seguinte: após a contratação do crédito, quitação total da dívida total de Venda.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE MVE - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que entre impossibilidades de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do de Venda do Seguro DPVAT (Lei nº 8.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência, ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias no pedido.

Salvo o prosseguimento da análise da regra de inexistência do Seguro DPVAT, cui invalides permanentes, não haverá a comprovação médica da Seguradora Lider para se "fixar" da existência e qualificação das lesões permanentes, decorrentes do acidente da Venda realizada pelo vendedor, conforme o disposto na Lei 8.134/74.

Dando o que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica na reunião a ser feita de contestar a avaliação médica, ressalvado o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Número da Vítima:

24 - Número da Vítima:

25 - Número da Vítima:

26 - Número da Vítima:

27 - Número da Vítima:

28 - Número da Vítima:

29 - Número da Vítima:

30 - Número da Vítima:

31 - Número da Vítima:

32 - Número da Vítima:

33 - Número da Vítima:

34 - Número da Vítima:

35 - Número da Vítima:

36 - Número da Vítima:

37 - Número da Vítima:

38 - Número da Vítima:

39 - Número da Vítima:

40 - Número da Vítima:

41 - Número da Vítima:

42 - Número da Vítima:

43 - Número da Vítima:

44 - Número da Vítima:

45 - Número da Vítima:

46 - Número da Vítima:

47 - Número da Vítima:

48 - Número da Vítima:

49 - Número da Vítima:

50 - Número da Vítima:

51 - Número da Vítima:

52 - Número da Vítima:

53 - Número da Vítima:

54 - Número da Vítima:

55 - Número da Vítima:

56 - Número da Vítima:

57 - Número da Vítima:

58 - Número da Vítima:

59 - Número da Vítima:

60 - Número da Vítima:

61 - Número da Vítima:

62 - Número da Vítima:

63 - Número da Vítima:

64 - Número da Vítima:

65 - Número da Vítima:

66 - Número da Vítima:

67 - Número da Vítima:

68 - Número da Vítima:

69 - Número da Vítima:

70 - Número da Vítima:

71 - Número da Vítima:

72 - Número da Vítima:

73 - Número da Vítima:

74 - Número da Vítima:

75 - Número da Vítima:

76 - Número da Vítima:

77 - Número da Vítima:

78 - Número da Vítima:

79 - Número da Vítima:

80 - Número da Vítima:

81 - Número da Vítima:

82 - Número da Vítima:

83 - Número da Vítima:

84 - Número da Vítima:

85 - Número da Vítima:

86 - Número da Vítima:

87 - Número da Vítima:

88 - Número da Vítima:

89 - Número da Vítima:

90 - Número da Vítima:

91 - Número da Vítima:

92 - Número da Vítima:

93 - Número da Vítima:

94 - Número da Vítima:

95 - Número da Vítima:

96 - Número da Vítima:

97 - Número da Vítima:

98 - Número da Vítima:

99 - Número da Vítima:

100 - Número da Vítima:

101 - Número da Vítima:

102 - Número da Vítima:

103 - Número da Vítima:

104 - Número da Vítima:

105 - Número da Vítima:

106 - Número da Vítima:

107 - Número da Vítima:

108 - Número da Vítima:

109 - Número da Vítima:

110 - Número da Vítima:

111 - Número da Vítima:

112 - Número da Vítima:

113 - Número da Vítima:

114 - Número da Vítima:

115 - Número da Vítima:

116 - Número da Vítima:

117 - Número da Vítima:

118 - Número da Vítima:

119 - Número da Vítima:

120 - Número da Vítima:

121 - Número da Vítima:

122 - Número da Vítima:

123 - Número da Vítima:

124 - Número da Vítima:

125 - Número da Vítima:

126 - Número da Vítima:

127 - Número da Vítima:

128 - Número da Vítima:

129 - Número da Vítima:

130 - Número da Vítima:

131 - Número da Vítima:

132 - Número da Vítima:

133 - Número da Vítima:

134 - Número da Vítima:

135 - Número da Vítima:

136 - Número da Vítima:

137 - Número da Vítima:

138 - Número da Vítima:

139 - Número da Vítima:

140 - Número da Vítima:

141 - Número da Vítima:

142 - Número da Vítima:

143 - Número da Vítima:

144 - Número da Vítima:

145 - Número da Vítima:

146 - Número da Vítima:

147 - Número da Vítima:

148 - Número da Vítima:

149 - Número da Vítima:

150 - Número da Vítima:

151 - Número da Vítima:

152 - Número da Vítima:

153 - Número da Vítima:

154 - Número da Vítima:

155 - Número da Vítima:

156 - Número da Vítima:

157 - Número da Vítima:

158 - Número da Vítima:

159 - Número da Vítima:

160 - Número da Vítima:

161 - Número da Vítima:

162 - Número da Vítima:

163 - Número da Vítima:

164 - Número da Vítima:

165 - Número da Vítima:

166 - Número da Vítima:

167 - Número da Vítima:

168 - Número da Vítima:

169 - Número da Vítima:

170 - Número da Vítima:

171 - Número da Vítima:

172 - Número da Vítima:

173 - Número da Vítima:

174 - Número da Vítima:

175 - Número da Vítima:

176 - Número da Vítima:

177 - Número da Vítima:

178 - Número da Vítima:

179 - Número da Vítima:

180 - Número da Vítima:

181 - Número da Vítima:

182 - Número da Vítima:

183 - Número da Vítima:

184 - Número da Vítima:

185 - Número da Vítima:

186 - Número da Vítima:

187 - Número da Vítima:

188 - Número da Vítima:

189 - Número da Vítima:

190 - Número da Vítima:

191 - Número da Vítima:

192 - Número da Vítima:

193 - Número da Vítima:

194 - Número da Vítima:

195 - Número da Vítima:

196 - Número da Vítima:

197 - Número da Vítima:

198 - Número da Vítima:

199 - Número da Vítima:

200 - Número da Vítima:

201 - Número da Vítima:

202 - Número da Vítima:

203 - Número da Vítima:

204 - Número da Vítima:

205 - Número da Vítima:

206 - Número da Vítima:

207 - Número da Vítima:

208 - Número da Vítima:

209 - Número da Vítima:

210 - Número da Vítima:

211 - Número da Vítima:

212 - Número da Vítima:

213 - Número da Vítima:

214 - Número da Vítima:

215 - Número da Vítima:

216 - Número da Vítima:

217 - Número da Vítima:

218 - Número da Vítima:

219 - Número da Vítima:

220 - Número da Vítima:

221 - Número da Vítima:

222 - Número da Vítima:

223 - Número da Vítima:

224 - Número da Vítima:

225 - Número da Vítima:

226 - Número da Vítima:

227 - Número da Vítima:

228 - Número da Vítima:

229 - Número da Vítima:

230 - Número da Vítima:

231 - Número da Vítima:

232 - Número da Vítima:

233

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: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON FARIAS SICSU

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000001075700-4

Nr. da Autenticação D36AF8D87C0C9848

**RORAIMA**
ENERGIA*Ligada em você*AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

RORAIMA ENERGIA

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHOR. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,
CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA**RORAIMA ENERGIA**

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO
539180

MÊS

07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 441,84

83630000046.41840075000.000000000539.918007190054



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **JANDERSON FARIAS SICSÚ** inscrito(a) no CPF sob o nº **508.564.132-91** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **JANDERSON FARIAS SICSÚ** inscrito (a) no CPF sob nº **508.564.132-91**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

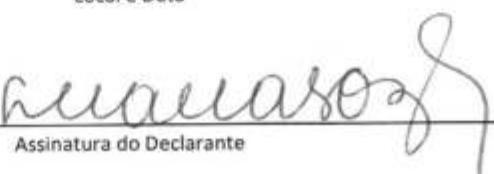
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souza71@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

Boa Vista-RR, 15/10/2019

Local e Data



Assinatura do Declarante

JANTENSON FARIAS

Data 01/07/15

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Lesão na base do molar fuso fibroso
 INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Traçado
 TIPO DE INTERVENÇÃO: Ressecção + fixação extrusiva
 METAS: 0
 DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR: O mesmo

DR. JURGADO: DR. MARCUS 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 NICO: _____ FTM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1º) Paciente em DR de 5013 para ressecção
 anterópolar + ressecção + crico.

2º) Ressecção + fixação extrusiva extrusiva.

3º) DR comanda.

4º) Cerrado.

5º) RPA.

Dr. Marcus Brenner
 Médico Residente
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-MG 24377

Dr. Marcelo Arruda
 Ortopedista e Traumatologista
 CRM-MG 124377

Assinatura

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOOME DO PACIENTE	API OFÍCIO	Nº DO PRONTUÁRIO	DIA
João Gomes			01/04/1987
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
Fernando da Silva Gomes		INÍCIO	1AM
		02:00	02:46
CIRURGIA		EQUIPE MÉDICA	
Dr. Francisco		ANESTESISTA	Dr. Evandro
1º AUXILIAR		RFS. ANESTESIA	Dr. Francisco
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	Dr. Francisco
3º AUXILIAR		CIRCUITANTE	
TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO:	
ANEST.	MATERIAL	UNID.	
1	PCVS COMPRESSAS C/60	PAQ	FRASCOS SORO FISIOLOGICO
2	PAQUITAS DAZE		FRASCOS SORO RICINUR LACTADO
3	LUVA ESTERIL 7.5		FRASCOS SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 6.0		PIO VÍTOR: N°
	LUVA ESTERIL 5.5		PIO MONONYLON N°
2	LUVAS P/ PRÓCEDIMENTOS		PIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
	LÂMINA BLOCO: N°		PIO ALGODÃO COM AGULHA N°
	BRUNO DE SUCÇÃO N°		PIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE TORAX N°		PIO CATHETER CROMADO N°
	DRENO DE PENROSS N°		PIO PROLENE N°
	SERINGA 10ML		PIO SIDA N°
1	SERINGA 02ML		SLRHOEL
	SERINGA 65ML		CREIA P/ OSSO
2	SERINGA 10ML		KIT CÂMARA N°
	SERINGA 20ML		CHOCOAM
			FITA CARDIACA
			TOFFROS Agulha e ligue
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA		DEBITAR NA FICHA DO PACIENTE	
DE CIRURGIA VISTO NO INSTRUMENTARIO		VALOR	
INSTRUMENTADOR (A)		MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA (A)		SUB TOTAL	
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA		TAXA DE SALA	
CIRURGIA		TAXA DE ANESTESIA	
CIRURGIA		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



PROJETO DE
APLICAÇÃO DE
TÉCNICA DE
CIRURGIA

ESTRUTURA DE
FIXAÇÃO OSSEIA

Nome: ...

Endereço: ...

Estado: ...

Cidade: ...

CEP: ...

Sexo: ...

Características: ...

Observações: ...

Atividade profissional: ...

Nome: 005448 - Código: FIR 1201
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
SARTORI - CINEFOS
RUA 9 DE JULHO 100 - 38100-000
Fone: (29) 32218 - Vini: 30/2/2021
Pregão Anexo N° 60083450001
Material ACO INOX ALUMINIO

End. Outraem. Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.661.615/0001-01 - Rio Claro/SP
Tels: (19) 3339-1910 info@sartori.com.br

Assinatura: ...

1ª Via - PROJETO DE APLICAÇÃO DE TÉCNICA DE

2ª Via - ...

GOVERNO FEDERATIVO
MINISTÉRIO DA SAÚDE - MDS - MCT - MCTI - MCTI

CLASSIFICAÇÃO

1º. Classe:

Fixo Estéril One shot

Data 02/07/09

Nome José de Souza Ferreira Série 3

Sexo M Profissão Operário

Endereço:

Residência José de Souza Ferreira Nro 51

Conferência Física (M&C):

Materiais Utilizados:

Lote: 005448 Código: FMI 8 200
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
SARTORI - LINERFX
MEDIR/BACIA T 400 - ESTERIL
Data: 28/10/2011 N.º: 1032828
Registre Autor: N.º 80083658033
Médico: ACTO (NOVO ALIMENTO)

Tel: 081 3225-0001-08 - Rio Claro - SP
CNPJ: 44.081.625/0001-08 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3226-1910 info@sartori.com.br

Dr. Max Souto Maior
Ortopedista e Traumatologista
Medicina do Desporto
GARRETT
Ribeirão Preto
SP-14016-900

0800 777 0000 - 0800 777 0001

1º. Via - PROVENTÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CRMF

¹⁰ See, for example, the discussion of the 'right to be forgotten' in the European Union's General Data Protection Regulation (GDPR), Article 17(1).

1960-1961. *Journal of the Royal Society of Medicine* 54: 101-102.

Warren, Charles, 1816-1889. *Charles Warren, his life and work*. Boston: Houghton, Osgood, 1889.

$$= \sqrt{\frac{1}{16} \left(16x^2 + 16y^2 + 16z^2 + 16w^2 \right)} = \sqrt{16(x^2 + y^2 + z^2 + w^2)} = 4\sqrt{x^2 + y^2 + z^2 + w^2}.$$

~~REQUETEMENT D'EXAMEN DES~~ ~~REQUETEMENT D'EXAMEN DES~~

— २०८ —

2/4/49 -

1940

0407040
63

PSI 100

7.7

040704016
2311

ESTD. 1879

77



FICHA DE ANESTESIA

www.14829.com: 420 212 425 410

Experiments Performed Stoker
BY ASSISTANT PROFESSOR HORN REITH

200 Vicksburg
08/07/19

1900-1905. - Change
of oxygen in sea-water
over a period
of 52 years.

③ White solemn 2.0 mg/m³
 ④ Yellowish 2.0 mg/m³
 ⑤ Brownish 2.0 mg/m³

14. **Outcomes** **Success** **Failure** **Other**
15. **Success** **Failure** **Other**
16. **Success** **Failure** **Other**
17. **Success** **Failure** **Other**

Customer Name: **Robert & Vicki**
Customer Address: **123 Main Street**
Customer Phone: **555-1234**
Customer Email: **robert@robert.com**
Customer Notes: **Robert is a regular customer.**

1. *Brachystelma* (L.) *var. longilobum* (L.) *Wight* *ex*
var. longilobum (L.) *Wight* *ex* *var. longilobum* (L.) *Wight* *ex*

(1) positive long

Dr. Edward E. Gandy
100 E. 57th St.

⑥ June 5: 19

Dr. Edward H. C. Ladd
in S. A.

Digital Camera

③ the main-text

THE JOURNAL OF

EDINO ALLAMANO A SHARES
INTERESTS 100% 1991/92
AGE 1972

102-2

RCR

102-2

SECRETARIA DE SAÚDE DE RONAIKA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

FRESCRÍÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

RAÍZ

ITEM

DIETA ORAL UVRI

2.

SÁVIA SIC 9% 500ml X 4x2

EV 8/6h

HORARIO

3.

CEPALOGINA 1G CV 6/8H

P. 200 D

4.

TILATEL 20mg 12/6/2/3

+ 24h

5.

DOPRINONA 2MG LV 8/6h

+ 24h

6.

TRAMADOL 100MG FSB 1,6% 100ml LV 08h (200ml); VIT. D3 400U DIA 1000U SEMANA

+ 24h

7.

FLASIL 10 mg EV 8/8H (S/M)

+ 24h

8.

FLAMMIDINA 50MG EV 0/8H

+ 24h

9.

RIMFUDICINA GOTAS 30 GOTAS VO DE 5/8h (S/M); CV 10/12h

+ 24h

10.

ISSVIT 1000G 6/8H

+ 24h

11.

CASTOPRIL 25MG VO SE PAS 160 FOL/1 PAG 110 MM/HG

+ 24h

12.

CURATIVO DIÁRIO

+ 24h

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27.

28.

29.

30.

31.

32.

33.

34.

35.

36.

37.

38.

39.

40.

41.

42.

43.

44.

45.

46.

47.

48.

49.

50.

51.

52.

53.

54.

55.

56.

57.

58.

59.

60.

61.

62.

63.

64.

65.

66.

67.

68.

69.

70.

71.

72.

73.

74.

75.

76.

77.

78.

79.

80.

81.

82.

83.

84.

85.

86.

87.

88.

89.

90.

91.

92.

93.

94.

95.

96.

97.

98.

99.

100.

101.

102.

103.

104.

105.

106.

107.

108.

109.

110.

111.

112.

113.

114.

115.

116.

117.

118.

119.

120.

121.

122.

123.

124.

125.

126.

127.

128.

129.

130.

131.

132.

133.

134.

135.

136.

137.

138.

139.

140.

141.

142.

143.

144.

145.

146.

147.

148.

149.

150.

151.

152.

153.

154.

155.

156.

157.

158.

159.

160.

161.

162.

163.

164.

165.

166.

167.

168.

169.

170.

171.

172.

173.

174.

175.

176.

177.

178.

179.

180.

181.

182.

183.

184.

185.

186.

187.

188.

189.

190.

191.

192.

193.

194.

195.

196.

197.

198.

199.

200.

201.

202.

203.

204.

205.

206.

207.

208.

209.

210.

211.

212.

213.

214.

215.

216.

217.

218.

219.

220.

221.

222.

223.

224.

225.

226.

227.

228.

229.

230.

231.

232.

233.

234.

235.

236.

237.

238.

239.

240.

241.

242.

243.

244.

245.

246.

247.

248.

249.

250.

251.

252.

253.

254.

255.

256.

257.

258.

259.

260.

261.

262.

263.

264.

265.

266.

267.

268.

269.

270.

271.

272.

273.

274.

275.

276.

277.

278.

279.

280.

281.

282.

283.

284.

285.

286.

287.

288.

289.

290.

291.

292.

293.

294.

295.

296.

297.

298.

299.

300.

301.

302.

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE
Anderson Fábio SibuAPT DO PACIENTE
1901129352

DATA

02/07/19

CIRURGIA

TIPO

laparotomia exploradora +
fixação externa de grânulo

INÍCIO

06:01

FIM

07:25

TEMPO DE DURAÇÃO

TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

ANESTESISTA:

Dr. Edilson

RES. ANESTESIA:

Ribeirão Preto

INSTRUMENTADOR:

Dr. Julian R.

CIRCULANTE:

Clínica de Neuma

TEMPO DE DURAÇÃO:

00:00:25

VALOR

TIPO DE ANESTESIA: Geral

ITEM: MATERIAIS CONSUMIDOS

FRASCOS SÓLIDO FISIOLOGICO

500ml

1	POCHOS COMPRESSAS 6/03	<input type="checkbox"/>	FRASCOS - SÓLIDO RINGER LACTATO
1	UNID. PACOTUS GAZE	<input type="checkbox"/>	FRASCOS - SÓLIDO GELODSADO
1	LUVA ESTERIL 7.0	<input type="checkbox"/>	FIO VICRYL N° 1
1	LUVA ESTERIL 7.5	<input type="checkbox"/>	FIO MONONYLON N° 3-0 2-0
1	LUVA ESTERIL 8.0	<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SUM AGULHA N°
1	LUVA ESTERIL 8.5	<input type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
1	LUVAS DE PROCEDIMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	180 CATGUT SIMPLES N°
1	LÂMINA DISTIL. N° 23	<input type="checkbox"/>	FIO CATGUT CRIMONADO N°
1	DRENO DE SUÇÃO N°	<input type="checkbox"/>	FIO PROLENE N°
1	DRENO DE TORAX N°	<input type="checkbox"/>	FIO NÉDA N°
1	DRENO DE PENROSE N°	<input type="checkbox"/>	SURGICEL
1	SERINGA 01ML	<input type="checkbox"/>	CERA P/ OSSO
1	SERINGA 02ML	<input type="checkbox"/>	1/2 X 1/2 X 1/2
1	SERINGA 03ML	<input type="checkbox"/>	0,05MM TET N° 0,8
1	SFRINGA 10ML	<input type="checkbox"/>	1/2 X 1/2 X 1/2
1	SFRINGA 20ML	<input type="checkbox"/>	0,05MM TET N° 0,8
1	Colírio de 0°	<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Bisturis

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA

DEBITAR IMA E DO PACIENTE

VALOR

CIRURGIA VISTO DOS RESPONSÁVEIS

MATE IMA MEDICAMENTOS

INSTRUMENTADOR (A)

SUB-TOTAL

ENFERMEIRA CHEFE

TAXA DE SALA

stefanil

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENFERMEIRO/CACOS

CIRCULANTE DA SALA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTAVIDADE

2015 RELEASE VERSION 1

— (continued from page 862)

THE OLYMPIADE

WAGNER'S BEE-CHEESE CHEESE

ALDO ACOSTA TERRAPINTA

100% ELETROVENÇÃO

REFERENCES / AGENDA

SECONDARY OPERATORS

CIRURGIAO: DR. J. S. G. GOMES

2. AUXILIAR: VERBOS

3rd AUXILIAR: _____

15 of 15 | Page

INSTRUMENTADORA.

ANESTHESIA:

ANESTÉSICOS

UNICID:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Valsen - En dom + Andere's Card
 ② Hæl + Inden medlem + opførsel + meddelelse fra
 "medlemmer".
 ③ Inden de medlemmer fra Grænse de delte
 inden de medlemmer fra Grænse de delte
 -en medlemmer medlemmer & de andre i land
 delte
 ④ Kampen de medlemmer & medlemmer de
 ⑤ Det er et flot kort
 ⑥ Det er et flot kort
 ⑦ Det er et flot kort
 ⑧ Kampen de medlemmer & medlemmer de

Off. Elder to Mrs
Carr 1245

Nome: André Luiz Fávaro N_o: 44 Idade: 43 Termo de Consentimento Anestésico: Sim Não

Data: 02/07/19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

	Intubado	Indutan	Intraop.	Extubado	Termo de Consentimento Anestésico	Termo de Consentimento Anestésico
Localização:	<input checked="" type="checkbox"/> Vias	<input type="checkbox"/> Naso	<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Posição:	<input checked="" type="checkbox"/> Decub.	<input type="checkbox"/> Prone	<input type="checkbox"/> Prone	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abordagem:	<input checked="" type="checkbox"/> Abdominal	<input type="checkbox"/> Thoracal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coagulação:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Requisitos de anestesia:	<input checked="" type="checkbox"/> 0,6%	<input type="checkbox"/> 0,5%	<input type="checkbox"/> 0,4%	<input type="checkbox"/> 0,3%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carb:	<input checked="" type="checkbox"/> 1,5%	<input type="checkbox"/> 1,0%	<input type="checkbox"/> 0,8%	<input type="checkbox"/> 0,6%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitrogênio:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de nitro:	<input checked="" type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/> 80%	<input type="checkbox"/> 60%	<input type="checkbox"/> 40%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de óxido:	<input checked="" type="checkbox"/> 1					

PREScripción médica

Sociedad de
Medicina y Cirugía

0.60

Largo

Nº de Receta

100-9

Sociedad de Medicina y Cirugía

Dr. Giuseppe Martínez
Méjico 1903Línea de
Comparación

Fotografía de la cara

"Nº 100-9: Muestra de la cara

"Nº 100-9: Muestra de la cara

M. 100

M. 100

M. 100

M. 100



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CENTRO DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Urgente

22/07/1948

H.C.P.

Nome: Favonius Faria Guim

Idade: 47

Sexo: M

Estado: A

Profissão: ESTRANGEIRO

202

Edad: 02

CT:

Localidade: Paulo Guedes

divo

case: Gravidez Geral

Obs: Opinião

Par. entubado no H.C.P. há 2 dias, uterina
de exsud, antrocolite, exsud no peritoneo, e-
xame abd. estreito com difusas adenomegalias e
fissura Hb (Hct: 6,7 / 20%, DBH). HBS Abdom
sol. exsudativo e peritoneo. prof.

Spud.

22.07.1948 04:20

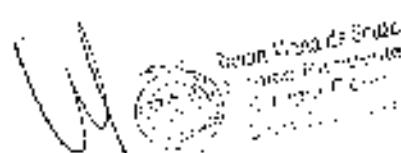
anexo projeto
medicamento
exames

Favonius Faria exsudativo e peritoneo

exsudativo

exsudativo

500 ml. Urtivo



Missão



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZONAS PA RIMONIC DOS BRASILEIROS
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE - SESAU
PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR

REG:2679 /2019	D.N.: 10/08/1975
NOME: JANDERSON FARIA SICSU	IDADE: 43 ANOS
EXAME: USG. BOLSA TESTICULAR	SEXO: MASC
PROCEDÊNCIA: BLOCO A 102-2	MÉDICO SOLICITANTE: DR. RENATO

ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA TESTICULAR COM DOPPLER

Líquido em quantidade fisiológica na bolsa testicular, bolsa testicular com paredes espessadas e edematiadas.

Testículos de contornos regulares e ecotextura homogênea.

A avaliação com Doppler demonstra vascularização intratesticular normal bilateralmente.

A avaliação com Doppler demonstra vascularização intratesticular normal bilateralmente.

O testículo direito apresenta dimensões normais, medindo: 3,5 x 2,7 x 2,5 cm. Volume = 32,4 cm³. O testículo esquerdo apresenta dimensões normais, medindo: 3,8 x 2,6 x 2,6 cm. Volume = 33,6 cm³.

Não há dilatação das veias do plexo parapiniforme bilateralmente.

Epididíimo esquerdo com dimensões aumentadas e ecotextura difusamente heterogênea.

Epididíimo direito com contornos regulares e ecotextura homogênea.

CONCLUSÃO:

Edema escrotal.

Achados rumpaláveis com epididímite à esquerda pos traumática.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.

Correlacionar com os dados clínicos e exames complementares

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

Boa Vista - RR, 2/7/2019 02:57

Assinatura
Dr. Rafael Carapica
CRM-535/RR



Hospital de Emergência de Roraima - HESI
Av. Brigadier Edmundo Gomes s/n, Bairro Novo Plans Iu
CEP: 69390-000 - Boa Vista - RR. Telefone: (95) 2121-0600
E-mail: hesp@ibesi.com.br



Artores de Enfermagem.

Tardíssimo Faria Siqueira

Int. 402-0

02/07/19. 03:50h.

Medico plantonista avaliou paciente, identificou alterações em estômagos e pele pp infarto CH e fez coleta de amostra pp Agencia Biológico e encaminhado resultados de paciente pp avaliação da Uropediatra.

Jeunes S. Holanda
ENFERMEIRA
CREF-RR 254170

Obs: Paciente foi para o centro cirúrgico com CH em Pulso 5:45h

05:45 - 00 E.E

Jeunes S. Holanda
ENFERMEIRA
CREF-RR 254170

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SUCRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PROFESSOR JOSÉ GOMES

DATA DE ADMISSÃO

2015

119

PACIENTE REALIZA PRIMEROMILKROGRAMA CON GLIRAL E

1000 AM UNQUOTE QUITTING THE OFFICE.

CD: 230000 20140301 20140301

For W. L. Ladd do. 9/10/11

SINAIS VITais	70	80	01	26°C
6 H	PA	PC	PR	βt 1000 ml
12 H				
18 H	14.80	80		36.3°C
24 H	140x100	01	22	37.5°C

Joseph

1-68

1922 Gardner, Fries, Grinnell
470

472

4

42

281

2

- ٢ -

Per antrac. w. kan bed. die, utram
de exalt. antigenicitate o. krit. no. reac. e-
fektiv obste. vedi o. distante abdominal e
per lo. fib. (HCT = 6,7 120%, DB (+), Hb 13,5 g/dm
sl. adren. e. peristole. ^{spurio} prot.

22. 27. 19 04:22

1910 Ribeiro
1910-1921

Parasitic (non-pathogenic) *Leucaspis* sp. 38

ଶ୍ରୀମଦ୍ଭଗବତ

30. ~~20~~ ~~20~~

۱۰۰

W. H. H. 1900

— 2 —

— 1 —

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 03/07/19

DN: 1018218

DTN: 03/07/19

IDADE:

LITO: 402-2 (A)

NOME: Tandilien Fauve Siqueira

MÉDICO PRECEPTOR:

DATA DA CIRURGIA: 01/07/19

Diagnóstico:

fratura de盆ue + POLE

Dispositivos:

Antimicrobianos:

Progresso

Atual

SNG:

Sonda Vesical

Dreno de Tórax:

Outros: ulcera externa
pelvis

Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diuresa, flatus e evacuação -, Jejumando, aceita hambúrguer. Noja, febre, dor, vômito, diarreia.

 Outros:

Exame Físico: BCG RFGT MEG / Anictérico ou Ictérica /
Hidratado ou Desidratado / +4 / Consciente ou Desorientado / Sedado /
Corado ou Hipocorado / -4 / Acidólico ou Alcalólico / +4

Ap. Cardiovascular

 RCR, 2T, BNF, sem Sopros Outros:

Ap. Respiratório

 MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios Outros:

ABD:

 Flácida, sem visceromegalia, indolor, RHA - Outros:

Ext:

 Borr pertusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre Outros:PO: limpa e SecaID: ok

EXAMES:

PROGRAMAÇÃO:

PENDÊNCIAS:

CD: manhã da libra dia 10

100

Eduardo (2013) *Atmosph. Environ.* 100: 100–106

卷之二

二二

1/10/30

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

PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE JANDIRSON FARIA SICSU

D/H T D/N

DIAGNOSTICO PELVE

MEDICAS

1	HAS	NEGA	DM2	NEGA
2	FEITO	192-2	DATA	16/06/06
3	ITEM	PRESCRIÇÃO		ORÁRIO
4	DIETA CIRÚRGICA LIVRE			10
5	ACESSO VENOSO P/IV LARRO			000
6	ISF 0,9% 500ML EV 6/6H			000
7	DIPIRONA 600MG EV 6/6H OU VO			18/06
8	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DF 8/8H SE DOOR			12/06
9	NALBUTAMINA 12 MG - 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENTAR O SF			16/06
10	OMEPRAZOL 40MG LV 1X/DIA			06
11	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 4X/DIA			06
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DF 8/8H			06
13	CLOINDAMICINA 800MG EV OU VO 6/6H			06
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H			06
15	OLEXANF 40MG SU 1X/DIA			10
16	CAPTOPRIL 25 MG VO SE HAS > 160 E OUT P/AD > 110 VAG			06
17	ISSVV + OCGO 6/6 H			06
18	CURATIVO DIÁRIO			06
19				06
20				06
21				06

SI: DIAREIA CORRELAÇÃO COM INSULINA REG. AP (SC) CONFORME INSTRUÇÃO
JOC 290: 200; 251-300: 400; 301-350: 500; 351-400: 800; 3-400: 1000; 400-600: 1200;
600-800: 1500 VL EV + AVISAR PLANIFINISTRA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PROMONTOARIO: EV: DCT ADO NO 10.000VO, PCT 100, CONTACTANTE

EXAME: IS-CO, BPC, ACIDÓMETRO, AMIOTÍRICO, ALBÚMÍN, ELERNE (L),

URIMOCRATICO, URG-1000.

ESOLVIMENTO:

CONDUZIDA: MANTIDA.

EXOCRINAÇÃO: D. CIRÚRGICA:

PROBLEMA: D. A. S.

SINAIS VITais	120x70	66	361	Dr. M. L. R. S. S. Z. F. AUSTIN
GH	PA	FC	PR	CRM: RR 2006
12 H	120x70	72	1363	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	130x70	88	1365	

17/10/06: paciente no leito medicado CRM
enfado de S.S.VV no dia 10/10/06

18: Admitido medicado conforme prescrição
disponível ate da farmacia, segue medicado

Enfermeira
Tatilma C. de Souza
Médica de Enfermagem
CRM: RR 2006

EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA:	04/03/19	ON:	10/08/78	DIH:	01/03/19
NOME:	Tadeu Henrique Siqueira	IDADE:		LEITO:	102 - 3 (A)
DATA DA CIRURGIA:	14/03/19	MÉDICO SUPERVISOR:		MÉDICO RESIDENTE:	

Diagnósticos: peritona de pelve + P.O LE

Dispositivos: Antimicrobianos

SGC: Anal: Progresso

Sonda Vesical

Dreno de Torax:

Outros: fixador e ferros

pelvis

Paciente sem queixas, notou sem intercorrências. Diurese, faltos e evacuação +, desembolando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

() Outros:

Exame Físico: P.A. S.G.C. R.G. K.L.C. / Anestérico ou 'ctérico () /
Hidratado ou Desidratado () /
Consciente ou Desorientado () Sedado ()
Coração ou Hipertrofia () /
Aclimatado ou Climatizado () /+4

Ap. Cardiovascular

() RCH2T, BCP, sem supressão

() Outros:

Ap. Respiratório

MV: bilateral, sem ruídos adventícios

() Outros:

ABD:

Flácido, sem visceromegalias, borbolha, R.H.A. ()

() Duras, distensão abdominal ()

Ext:

Bem perfundido periférico (< 3s), Ausência de edemas, Panturrilhas livre

() Outros:

ro: limpa e seca

ip: estéril

PROGRAMAÇÃO: Avaliar se ilogia N&2, EST nup e melora.

CD:

mais dev.

Antônio A. S. Góes
Centro de
Cirurgia e
Traumatologia

Dr. Heitor Grossi
Médico
CRM-SP 52

EF

102-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SÉRVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 01/01/01 DIV

PACIENTE JANDERSON FARIAS SICSU

DIAGNÓSTICO PELVE

ALÉRGIAS	HAS	NFGA	DM2	NEGA
ALADDF	LCITO	103.2	DITTA	

ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	CLITTA ORAL LIVRE	SN

2	ALFESO VENOSO PURIFICO	22.18.00
---	------------------------	----------

3	SF 0,9% 600ML EV 6/8H	22.13.00
---	-----------------------	----------

4	DIPIRONA 500MG EV 6/8H OU VO	
---	------------------------------	--

5		
---	--	--

6	TRAMAL 100MG + SFC, 3% 120ML EV OU VO DE 8/8H SF DEIK	SN
---	---	----

7	KALBIFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NAO TPNIA Q/12H	SN
---	---	----

8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	SN
---	--------------------------	----

9	MFTOOL OPRAMIDA 10MG EV 6/8H SIN	
---	----------------------------------	--

10	ISOMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO U/F 9/8 H	
----	---	--

11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 3/6H	
----	----------------------------------	--

12	CIPROFLOXACINO 400MG FV OU 600MG VO 12/24H	
----	--	--

13	OLEXANE 40MG SC 1X DIA	
----	------------------------	--

14		
----	--	--

15	CAP TOPRII 25 mg VO SE PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHO	SN
----	--	----

16	SSVV + COCG 2/6 H	
----	-------------------	--

17	CURATIVO DIÁRIO	
----	-----------------	--

18	Concentrado de Hemácias 2ml (2) 2	
----	-----------------------------------	--

19	46.5 L	
----	--------	--

20	Dr. Andrade de Holanda	
----	------------------------	--

21	SE DIABÉTICO: DIA: 200-240; NOITE: 100-120; GLUCOSE: 100-120	
----	--	--

22	DUAS GLUCOSE 10% 20ML EV - AVISAR PLANOTONISTA	
----	--	--

23		
----	--	--

24		
----	--	--

25		
----	--	--

26		
----	--	--

27		
----	--	--

28		
----	--	--

29		
----	--	--

30		
----	--	--

31		
----	--	--

32		
----	--	--

33		
----	--	--

34		
----	--	--

35		
----	--	--

36		
----	--	--

37		
----	--	--

38		
----	--	--

39		
----	--	--

40		
----	--	--

41		
----	--	--

42		
----	--	--

43		
----	--	--

44		
----	--	--

45		
----	--	--

46		
----	--	--

47		
----	--	--

48		
----	--	--

49		
----	--	--

50		
----	--	--

51		
----	--	--

52		
----	--	--

53		
----	--	--

54		
----	--	--

55		
----	--	--

56		
----	--	--

57		
----	--	--

58		
----	--	--

59		
----	--	--

60		
----	--	--

61		
----	--	--

62		
----	--	--

63		
----	--	--

64		
----	--	--

65		
----	--	--

66		
----	--	--

67		
----	--	--

68		
----	--	--

69		
----	--	--

70		
----	--	--

71		
----	--	--

72		
----	--	--

73		
----	--	--

74		
----	--	--

75		
----	--	--

76		
----	--	--

77		
----	--	--

78		
----	--	--

79		
----	--	--

80		
----	--	--

81		
----	--	--

82		
----	--	--

83		
----	--	--

84		
----	--	--

85		
----	--	--

86		
----	--	--

87		
----	--	--

88		
----	--	--

89		
----	--	--

90		
----	--	--

91		
----	--	--

92		
----	--	--

93		
----	--	--

94		
----	--	--

95		
----	--	--

96		
----	--	--

97		
----	--	--

98		
----	--	--

99		
----	--	--

100		
-----	--	--

101		
-----	--	--

102		
-----	--	--

103		
-----	--	--

104		
-----	--	--

105		
-----	--	--

106		
-----	--	--

107		
-----	--	--

108		
-----	--	--

109		
-----	--	--

110		
-----	--	--

111		
-----	--	--

112		
-----	--	--

113		
-----	--	--

114		
-----	--	--

115		
-----	--	--

116		
-----	--	--

117		
-----	--	--

118		
-----	--	--

119		
-----	--	--

120		
-----	--	--

121		
-----	--	--

122		
-----	--	--

123		
-----	--	--

124		
-----	--	--

125		
-----	--	--

126		
-----	--	--

127		
-----	--	--

128		
-----	--	--

129		
-----	--	--

130		
-----	--	--

131		
-----	--	--

132		
-----	--	--

133		
-----	--	--

134		
-----	--	--

135		
-----	--	--

136		
-----	--	--

137		
-----	--	--

138		
-----	--	--

139		
-----	--	--

140		
-----	--	--

141		
-----	--	--

142		
-----	--	--

143		
-----	--	--

144		
-----	--	--

145		
-----	--	--

146		
-----	--	--

147		
-----	--	--

148		
-----	--	--

149		
-----	--	--

150		
-----	--	--

151		
-----	--	--

152		
-----	--	--

153		
-----	--	--

154		
-----	--	--

155		
-----	--	--

156		
-----	--	--

157		
-----	--	--

158		
-----	--	--

159		
-----	--	--

160		
-----	--	--

161		
-----	--	--

162		
-----	--	--

163		
-----	--	--

164		
-----	--	--

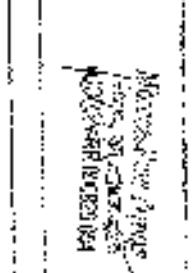
165		
-----	--	--

166		
-----	--	--

167		
-----	--	--

168		
-----	--	--

Paciente: Tandem fêmea
Leito: AC2 - 2
Data: 05/10/14

Localização			Região: <u>Alôd. Omoplata</u>
	Grau: I () II ()		
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> ICPP CIIIB () <input checked="" type="checkbox"/> Trauma () <input type="checkbox"/> Outro ()		<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia () <input checked="" type="checkbox"/> DM () <input checked="" type="checkbox"/> Tração () <input checked="" type="checkbox"/> Piscador Externo () <input checked="" type="checkbox"/> Ortopedia ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () <input checked="" type="checkbox"/> Esfagelo () <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () <input checked="" type="checkbox"/> Epitelização ()		
Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Fadiga Fechada () <input checked="" type="checkbox"/> Dolor/ Sonda () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()		<input checked="" type="checkbox"/> Urticaria () <input checked="" type="checkbox"/> Inflamação () <input checked="" type="checkbox"/> Exidor Externo () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Norma () <input checked="" type="checkbox"/> Macerado () <input checked="" type="checkbox"/> Seca () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Norma () <input checked="" type="checkbox"/> Macerado () <input checked="" type="checkbox"/> Seca () <input checked="" type="checkbox"/> Sangue/Coado () <input checked="" type="checkbox"/> Soro () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()		<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () <input checked="" type="checkbox"/> Esfagelo () <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () <input checked="" type="checkbox"/> Epitelização () <input checked="" type="checkbox"/> Perídia Fachada () <input checked="" type="checkbox"/> Dresc/Sonda () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Norma () <input checked="" type="checkbox"/> Macerado () <input checked="" type="checkbox"/> Seca () <input checked="" type="checkbox"/> Exidor Externo () <input checked="" type="checkbox"/> Sangue/Coado () <input checked="" type="checkbox"/> Soro/Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()		
Tipo de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Molhado () <input checked="" type="checkbox"/> Unido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco ()		<input checked="" type="checkbox"/> Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Molhado () <input checked="" type="checkbox"/> Unido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Molhado () <input checked="" type="checkbox"/> Unido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco ()		
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Molhado () <input checked="" type="checkbox"/> Unido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco ()		<input checked="" type="checkbox"/> Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Molhado () <input checked="" type="checkbox"/> Unido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Seco () <input checked="" type="checkbox"/> Molhado () <input checked="" type="checkbox"/> Unido () <input checked="" type="checkbox"/> Seco ()		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro/ Sistólico 0,9% () <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% ()		<input checked="" type="checkbox"/> Soro/ Fisiológico 0,9% () <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Florulase () <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata () <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel () <input checked="" type="checkbox"/> Outro ()		
Uso	<input checked="" type="checkbox"/> Uso () <input checked="" type="checkbox"/> Aplicação () <input checked="" type="checkbox"/> 48/72h ()		<input checked="" type="checkbox"/> Diálio () <input checked="" type="checkbox"/> 14/24h ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Uso () <input checked="" type="checkbox"/> Aplicação () <input checked="" type="checkbox"/> 48/72h ()		
Profissional que realizou a avaliação	<input checked="" type="checkbox"/> Mídias de Enfermagem () <input checked="" type="checkbox"/> Mídias de Medicina ()		<input checked="" type="checkbox"/> Profissional que realizou a avaliação () <input checked="" type="checkbox"/> Mídias de Enfermagem () <input checked="" type="checkbox"/> Mídias de Medicina ()
	<input checked="" type="checkbox"/> Mídias de Enfermagem () <input checked="" type="checkbox"/> Mídias de Medicina ()		
Observações:			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA

101-06



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE		
AGNOSTI		
ALERGIAS	NAS	NEGA
IDADE	LEITO	102/02
	DATA	07-07-14
ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL: IVRF	S/NO
2	ACFSSO VENOSO PFRIFERICO	N/AVL
3	SF 0,8% 600ML EV 8H 1/6	12/12 20/06
4	DIPIRONA 600MG EV 6/6H 3x 06/05	12/12 20/06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	12/12 20/06
6	TRAMAL 100MG + SI 0,5% 100ML EV DE 8/8H SEDOR-INTENSA U/O	12/12 20/06
7	NALBUPHINA 12 MG + 100ML SCI 0,8% CASO NÃO TENHA OTITEM 4	S/NO S/NO
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h	12/12 20/06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/NO
10	CLINDAMICINA 200MG EV OU VO 0/6H	12/12 20/06
11	CIPRO-LOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12/12 20/06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12/12 20/06
13	SSV + COGG 6/6 H	12/12 20/06
14	CURATIVO DÁRIO	12/12 20/06
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM NEHILINA REGULAR (SC) CONFORME EGOCENHA:
250-280. 2UI, 351-300. 4UI, 301-350. 8UI, 351-400. 10 UI E OU GLICOSYL 5%
DLM., GLUCOF 50% 40 Ml EV + AV.500 ML ANTES DA ALIMENTAÇÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE: OCITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

EXAME FÍSICO: B-T, AC-ANÓTICO, AN-UTERICO, AFSR-I, PU-IN-ICD,

ORMOCRÁTICO, HIDRATADO.

A SOLICITADO: RX: II CONSULTA. MANTIDA

II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA.

II PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Edson da Cunha
Ortopedista Traumatologista
CRM RR 16161 PRC 602

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130/80	75	36-0
18 H			4-7
24 H	162x84	84	36-0
6 H	164x97	77	36-5

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

6. Ju. Foragado Alvaro 30.07.14 - 2014 0000003

101-06-100
61



JOAICE: Sanderson Forster G. C. B.
IDADE: 43 REGISTRO:
GME: A ENFERMARIA: 102-2 LETO:
ADE: 01 EMERGÊNCIA:
E: Ortopedia PARA: Urologia

Dados Clínicos: Paciente submetido a laparotomia exploradora e fixação de placas
de plástico apresentando edema exten-
sivo importante e doloroso. Considera-
solvatais de parecer pelo Cirurgião
que responde, motivo pelo qual
solicite nowamente a ambulatório.

06/07/91 10:00

Dr. Pedro de S. Paulete
Médico: Urologia
Conselho de: Urologia
CRM: 10000

Data

Médico

Data

102-

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO | DATA | HN |

PACIENTE JANDERSON FARIAS SICSG

AGNÓSTICO PELVE

EXERGIA	HAS	NEGA	DMG	NEGA
IDADE	17-70	02-2	DATA	10/07/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIURATORA VRF			SAÍD
2	ADESIVO VENOSO PFR. TRICO			manhã
3	SF 0,9% 300ML EV 6/6H			22/18:00/06
4	D. PRONIA 500MG LV 8/8H OL VO			22/22:00/06
5				
6	ITAMAL 100MG + 800,8% 100ML PV OL VO 12/8H SE DCR			SN
7	KAI EUPINA 10 MG - 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA C. REFL			nt
8	OMEPRAZOL 40MG LV 1X/DIA			06:
9	ML 1000CPKAM 10MG LV 8/8H SN			SN
10	CIME 1000MG 10 OCTAS VO DE 6/8 h			26/21:00
11	CLINDAMICINA 300MG LV 02 VO 6/6H			23/26:00/06
12	CIPROFLOXACINO 400MG PV 02 500MG VO 2/12H			06 - 21
13	CLEXAN 140MG SC 1X/DIA			26
14	<i>beber água</i>			
15				
16	CAPTOPRIL 25 MG VO SF PAS > 150 E OU PAD > 110 IAMPO			SN
17	SSVV + 0000 0000			<i>Cifre</i> <i>desligar</i>
18	COJRA 1000 LARANJA			<i>qualdo</i>
19				
20				
21				

SE DIABETICO CORRIGA-DO COM NELI NA SEGUINTE (00): CONFORME ESQUEVA
200-250 PUL 250-300 4U 200-300 8U 100-140 8U 2400-3000 EQUOLICOSSE +70
CLIV... Q. CODE SCS 10 V1 EV 1 AVESAR TRAUMATONISTA

EVALUAÇÃO MÉDICA:

"ENCONTRO PACIENTE EL. 100% BOM E FIS. AVEV. 100% VO. CONTAUAR 1

"PESO 65KG, ALT. 170CM, IMC 22,0, AGR. 0000, A. F. 0000, E. F. 00,

NOTA: 0000 0000 0000

REQUERIMENTO:

"CONDUZIR: VAI LAR

"PROTEG-AMAGÃO: 1000 LARANJA:

"PESO V 5000 E ALTA:

*Dr. Pedro de Souza Pausio
CRM-RO 2078
Médico de Ortopedia e Traumatologista*

SINAIS VITais	6 H	PA	FC	FR
	12 H	120/80	82	10,10
	18 H	120/88	82	
	24 H	130/90	75	

Dr. PEDRO DE SOUZA PAUSIO

CRM-RO 2078

Médico de Ortopedia e Traumatologista

- Peso 100% ideal - medico de exames C. P. P.
aperto SSVV. segurado SVD. C. P. P.
faz: n. gávea --> 00 -->
el. HCP. Neste fato



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

102-2

DATA DE ADMISSÃO : DIA DE SAÍDA : DIA

PACIENTE JANDERSON FARIA SICSU

GNÓSTIČKÝ PELVE

ALERGIAS HAS NEGA DM2

LOADFILE LENGTH 302 DATA

ITEM : PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORA LIVRE	S/0
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	marley
3	SF 0,9% 500ML LV 6/6H	22/18-00-00
4	DIPIRONA 600MG FV 6/6H OU VO	22/18-00-00
5		
6	TRAMAL 100MG + SFC 9% 100ML FV OU VO 06:00 S/1 DOR IN	SN
7	NAZ RUFINA 10 MG + 100ML SCL 0,9% CASO NÃO TENHA O TRAMAL	SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6/1 S/N	
10	SÍMILICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 6/8 h	22/18-00-00
11	CLINDAMICINA 600MG FV OU VO 6/6H	22/18-00-00
12	CIPROLOLXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12:12H	22/18-00-00
13	CLEXANF 40MG SC X DIA	22/18-00-00
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MM-HG	22/18-00-00
17	SSVV + COCG 6/6 h	Dr. Rebeca Guedes
18	CURA FVO DIÁRIO	
19		
20		
21		

EVOLUÇÃO MÉDICA

RESCONTO PACIENTE DE TADIO NOVAIS D. ALVIO, 45 ANOS, COM CONTACTANTE
A EXANTE, TÍSICO, BFG, ACIARÚ, ICO, AMIGÉRICO, AFEBRIL, ENTRE CO,
NINHODOURADO, HIDRATADO

IF SOURCE TAGS:

SECURITY: MANTIDA

"PRÉVISÃO DE 1,14 MILHÃO

PBCV15&C J1 51 'A:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140x80	80	
18 H			
24 H	130x80	86	

Dr. PECKO BESSOLINA - 04513

卷之三

Presidente da República transição

20/02/2019 - Procedente da lettera, riferita con le avv. adm. degli impianti di fabbricazione PMI, con Decreto 202
venuto, disponendo 700 MIL di denaro a segno che resteranno alle imprese

lautas noturnas, administrando medicina para os
pessoas e os animais. *Brasília, Distrito Federal*
20 de Outubro de 1945

102-2



HGR

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE S. A. de Souza fora 610116 43 ANOS.
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/07/19 com
DIAGNÓSTICO DE fratura exp. do joelho sendo
NO DIA 20/07/19 foi realizado tratamento cirúrgico de ortopédico de
fratura exp. do joelho sendo
OPERADO PELO DR. J. L. de Souza 12/07/19 em

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/07/19 AS
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO DIA 12/07/19 AS
CORONEL MOTA NO DIA 12/07/19 AS
DR. J. L. de Souza 12/07/19 AS



ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Wanderson Araújo

boa vista 12/07/19

Dr. Pedro de M. Araújo
Médico

10

1. ARDUCO HAB 400 3
2. OPTIC CORDON MC 24

0.00

100

100

100



CONTINUO D'INDUSTRIA
AZIENDA PATRIMONIO DELLA NATION FINES
COORDINAMENTO NAZIONALE ASSOCIAZIONE SOCIETÀ ITALIANE
SOCIETÀ (CON)STATATE D'INDUSTRIA

Acta Medica

סְבִירָה

500E

Review: *1945: The Year That Shook the World*, by Philip Ziegler. The Times (London) - Sunday 10th January 1982, p. 10. ISSN 0009-1383. © 1982 The Times Newspapers Ltd.

Cetme Estuarino de C. Olmedo
Ortopedia / Trauma-Abordaje
CRA-AT-03



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NAME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 14/03/1971

DOC ORIGEM CCI 3766 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.

CPF 234310385 - 13

Ramiro Francisco da Silveira Júnior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 7.116 DE 29/06/83

