

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: 02/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBENILDO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02404

CONTA: 000000027241-1

Nr. da Autenticação 699E533BCBFEA435

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013709571**Cidade:** São José da Laje**Natureza:** Invalidez**Vítima:** RUBENILDO DOS SANTOS**Data do acidente:** 26/05/2013**Emissor do parecer:** Paula Cristina Serzedello Faria**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 1306

PARECER

Diagnóstico:	FRATURA DE T6.
Descrição do exame médico pericial:	AO EXAME HÁ LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA
Resultados terapêuticos:	SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO (ARTRODESE)
Sequelas permanentes:	LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA
Sequelas :	Com sequela
Data da perícia:	21/11/2013
Conduta mantida:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	SANDOVAL NOBRE
UF do CRM do médico:	AL

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25

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

Sinistro2013709571
Nome da Vítima: RUBENILDO DOS SANTOS
Local:MACEIO
Data do Acidente: 28/05/13

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: FRATURA DE T6 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO (ARTRODESE)

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: AO EXAME HÁ LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUMNA TORÁCICA

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) (X) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: LIMTAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA COLUNA TORÁCICA

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: COLUNA TORACICA

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio (X) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

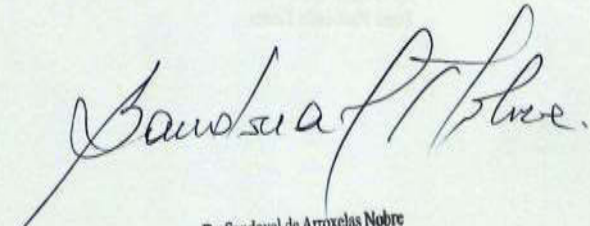
Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador
Nome do Médico: SANDOVAL NOBRE
Registro no CRM: 1306
Local do Exame: MACEIO
Data do Exame: 21/11/2013



Dr. Sandoval de Aroxeles Nobre
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1306 - 8807 6196



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/SESAU
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA/SAMU
GERÊNCIA MÉDICA / ESTATÍSTICA

Cert. de Socorro nº. 463

Maceió, 04 de setembro de 2013.

O Senhor
RUBENILDO DOS SANTOS
Vítima

Atendendo a solicitação, declaramos haveremos efetivado o atendimento da ocorrência abaixo:

1 - DATA DA OCORRÊNCIA: 26 de maio de 2013

2 - LOCAL: BR 104

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10046

3 - CIDADE: União dos Palmares



4 - REFERÊNCIA: Após União dos Palmares

5 - OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

6 - VÍTIMA (S): Rubenildo dos Santos

7 - TRANSLADO: HGE

8 - SITUAÇÃO: Vítima atendida e transportada, sob regulação médica, ao hospital de destino.

9 - UNIDADE SOCORRISTA: - União dos Palmares

Atenciosamente,

Valdenice Oliveira
SAU - Ger. Médica - Samu Maceió
Mat. 865498-0
Maceió

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

05/09/2013

UNIDADE PORTO ALEGRE
FRAC. COLOM. 7. 11. 13

REGISTRO DE ENTRADA

Rua Barão de Maceio, 288 - Centro

CNPJ: 12.307.187/0001-50 Insc. Est. 24.054.180-4

E-mail: ouvidoria@santacasademaceio.com.br Tel.: (82) 2123-6000

Prontuario 00649006	Atendimento 02783767	Data Entrada 28/05/2013	Hora Entrada 09:11	Unid. Internação 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 331	Tipo Atend.
------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------	--	-------------

Nome do Paciente RUBENILDO DOS SANTOS		CPF 03522447476	Carteira de Identidade 1668275	
Endereço / Nº RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO 16		Bairro JACINTINHO	Cidade MACEIO	U.F. CEP AL 57040715
Sexo Masculino	Est.Civil Casado	Data Nasc. 31/05/1978	Nacionalidade BRASILEIRO	Naturalidade Acomodação APARTAMENTO
Fone Comercial		Profissão MOTORISTA	Cor	Fone Paciente (82)33207895
Pai		Grau Ins:		
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		Piano	Guia	N Carteira 00294100048021829
Convênio UNIMED		PLANO HAP - AMB 92		
Procedimentos: 00020010 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)				
Obs.: Médico da Internação / RESPONSÁVEL ALDO SERGIO CALACA COSTA Nome do Responsável REJANE DE LIMA MOREIRA DOS SANTOS Endereço do Responsável: RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO				

REGISTRO DE ENTRADA

Rua Barão de Maceio, 288 - Centro

CNPJ: 12.307.187/0001-50 Insc. Est. 24.054.180-4

E-mail: ouvidoria@santacasademaceio.com.br Tel.: (82) 2123-6000

Prontuario 00649006	Atendimento 02783767	Data Entrada 28/05/2013	hora Entrada 09:11	Unid. Internação 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 331	Tipo Atend.
------------------------	-------------------------	----------------------------	-----------------------	--	-------------

Nome do Paciente RUBENILDO DOS SANTOS		CPF 03522447476	Carteira de Identidade 1668275	
Endereço RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO		Bairro JACINTINHO	Cidade MACEIO	U.F. CEP AL 57040715
Sexo Masculino	Est.Civil Casado	Data Nasc. 31/05/1978	Nacionalidade BRASILEIRO	Naturalidade Acomodação APARTAMENTO
Fone Comercial		Profissão MOTORISTA	Cor	Fone Paciente (82)33207895
Pai		Grau Ins:		
Mãe MARIA JOSE DOS SANTOS		Piano	Guia	N Carteira 00294100048021829
Convênio UNIMED		PLANO HAP - AMB 92		
Procedimentos: 00020010 - VISITA HOSPITALAR (PACIENTE INTERNADO)				
Obs.: Médico da Internação / RESPONSÁVEL ALDO SERGIO CALACA COSTA Nome do Responsável REJANE DE LIMA MOREIRA DOS SANTOS Endereço do Responsável: RUA EF CONJ JOSE DA SILVA PEIXOTO				

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

06 NOV. 2013

UNIDADE PORTO ALEGRE
PROTOCOLO P/ ALISE

194627

28/05/2013

49 - C.C. GERAL
1 ATENDIMENTO

Nome Paciente: RUBENILDO DOS SANTOS
Dt. Nascimento: 31/05/78 Atend: 2783767
Aviso: 136321 Data atend: 28/05/13
Unid. Internação: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOT
Leito: APARTAMENTO - 331
Convênio: UNIMED
Sexo: Masculino Cirurgião ALDO SERGIO CALA

14 - C. HEMODINÂMICA
DATA 12/06/13
LEITO CONVÊNIO Unimed

MASCULINO
OFEMININO

DE INTERNAÇÃO REALIZADA

DIAGNÓSTICO EM CÓDIGO CID:

O CONTAMINADA
O NÃO CONTAMINADA
O POR VÍDEO LAPAROSCOPIA

O SIMULTÂNEA
O MÚLTIPLA
O ÚNICA

O UNILATERAL
O BILATERAL
O EX. ESPECIAL

O CESÁRIA
O PARTO NORMAL
O CURETAGEM

TRATAMENTO REALIZADO EM CÓDIGO AMB/SUS

TOTAL HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

AMB/	AMB/CIEFAS	PARTICULAR	TABELA	CÓDIGO	EQUIPE/NOME	CRM	PAGAMENTO	TOTAL
MÉTODO	SUS/SIH	PACOTE	AMB	01	CIRURGIÃO		04	CH/US
CIRURGIA							07	
ASA	CÓD. PROC.	QUANT. CH/US	ACOMO. DAÇÃO	%	TOTAL CH/US	A	P	
I	520	15						
II	520	03						
III								
IV								
V								
E								

TOTAL CH OU US

TEMPO INÍCIO TÉRMINO DURAÇÃO
CIRURGIA 07:45 13:45 6h
(*) ANESTÉSIA

() CARDÍACA () RECUPERAÇÃO () CORONARIANA () NEO/PED.

TAXAS CENTRO CIRÚRGICO/ OBSTÉTRICO
SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO DOMINGO FERIADO HORA NORMAL HORA ESPECIAL

CÓDIGO	TAXAS / DESCRIÇÃO	QUANT.	CÓDIGO	EQUIPAMENTO / DESCRIÇÃO	QUANT.
74	CIRURGIA PEQUENA POR HORA ATÉ 3 HS.		10	DEFIBRILADOR P/USO	
75	CIRURGIA MÉDIA POR HORA ATÉ 3 HS.		42	BOMBA DE INFUSÃO P/USO	
76	CIRURGIA GRANDE POR HORA ATÉ 3 HS.		22	SERRA ELÉTRICA P/USO	
77	CIRURGIA ESPECIAL POR HORA ATÉ 3 HS.		03	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO P/USO	
78	PARTO NORMAL		06	MONITOR CARDÍACO P/USO	
79	PARTO CESÁRIA		100	BOMBA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA P/USO	
80	30% CIRURGIA MÚLTIPLA PEQUENA		101	FONTE DE LUZ FRIA P/USO	
81	30% CIRURGIA MÚLTIPLA MÉDIA		59	PERFURADOR/FURADEIRA P/USO	
82	30% CIRURGIA MÚLTIPLA GRANDE		102	FIBRA ÓTICA P/USO	
83	30% CIRURGIA MÚLTIPLA ESPECIAL		20	CARPINOGRÁFO P/HORA	
84	50% CIRURGIA PEQUENA HORA ESPECIAL		181	VACUO CENTRAL	
85	50% CIRURGIA MÉDIA HORA ESPECIAL		02	MICROSCÓPIO OFTÁLMICO C/ FONTE LUZ P/USO	
86	50% CIRURGIA GRANDE HORA ESPECIAL		14	EQUIPAMENTO PARA ANESTESIA P/USO	
87	50% CIRURGIA ESPECIAL HORA ESPECIAL		103	BERÇO AQUECIDO P/HORA	
88	50% PARTO NORMAL HORA ESPECIAL		69	OXIGÊNIO - VAZÃO P/HORA	
89	50% PARTO CESÁRIA HORA ESPECIAL		104	DIOXÍDO DE CARBONO P/HORA	
90	DISSECÇÃO VENOSA OU ARTERIAL		105	CISTOSCOPIA/ENDOSCOPIA P/USO	
91	PUNÇÃO SUBCLÁVIA OU ARTERIAL		106	MÁQUINA CARDIOPLEGIA P/USO	
191	PUNÇÃO VENOSA		67	AR COMPRIMIDO P/HORA	
93	30% CIR. PEQUENA CONTAMINADA		21	OXÍMETRO DIGITAL P/HORA	
94	30% CIR. MÉDIA CONTAMINADA		107	ASPIRADOR ELÉTRICO P/USO	
95	30% CIR. GRANDE CONTAMINADA		108	LIPOASPIRADOR P/HORA	
96	30% CIR. ESPECIAL CONTAMINADA		72	PROTOXÍDO / ÓXIDO NITROSO P/HORA	
97	RAIO-X NA SALA DE CIRURGIA USO.		197	P.A.N.I.	
98	TX CATETERISMO CARD. PACOTE				
182	TX SL. HEMODINÂMICA ANGIOP.				

* ATENÇÃO: 1 - CIRURGIA PEQUENA ENTRE 50 A 200 CH
2 - CIRURGIA MÉDIA ENTRE 250 A 500 CH
3 - CIRURGIA GRANDE ENTRE 550 A 1.400 CH
4 - CIRURGIA ESPECIAL ACIMA DE 1.450 CH

* OS GASES SERÃO COBRADOS POR HORA INDIVISÍVEL

CIRURGIA:

(*) TIPO DE ANESTÉSIA

10-380 - Maceió - Alagoas - Brasil.
Unif - 6341/8020
Estatual: 24.054.180-4

ATENDIMENTO: Nome Paciente: RUBENIL DO DOS SANTOS
Dt Nascimento: 31/05/78 Atend: 2783767
Aviso: 136321 Data atend: 28/05/13
PACIENTE: Unid. Internação: 3º ANDAR HOSPITAL A PEIXOT
Leito: APARTAMENTO - 331
CONVÊNIO: Convenio: UNIMED
Sexo: Masculino Cirurgião: ALDO SERGIO CALA
Observação:

1 DATA: 12/06/13
UNIDADE:
LEITO:
Digitação OK?
DIGITADO
12/06/13

UND	OTD	DUORÇÃO	UND	OTD	DUORÇÃO
AMP	03/11	PROPOVAN 1% 20 mL	ML		OXIMETASOLINA 0,05%
FR		DIPRIVAN 1% 100 mL	ML		NASIVIN Gts
Ser. Prenc.		DIPRIVAN PFS 1% 50 mL			
AMP		TRACUR 10 mg/mL	AMP		NEOCAINA 0,5% PESADA 4 mL
FRA/AMP		ESMERON 10 mg/mL	FRA/AMP		NEOCAINA 0,5% CV 20 mL
AMP	05/11	NIMBIUM 10 mg/5 mL	FRA/AMP		NEOCAINA 0,5% SV 20 mL
			AMP		NEOCAINA ISOBÁRICA 0,5% 4 mL
ML		ENTRANE			
ML		FORANE	FRA/AMP		XYLESTESIN 1% SV 20 mL
ML	40/11	FLUOTHANE	FRA/AMP		XYLESTESIN 2% SV 20 mL
ML		SEVORANE	FRA/AMP	01/11	XYLESTESIN 2% CV 20 mL
			AMP	03/11	XYLESTESIN 2% ISOBÁRICA 5 mL
FRA/AMP	03/11	CEFAZOLINA 1 G	ML		XYLESTESIN SPRAY
BOLSA		METRONIDAZOL 5mg/mL	G	30/11	XYLESTESIN GELEIA
AMP		GENTAMICINA 40 mg/mL			
FRA/AMP		CEFALOTINA	G		NISTATINA POMADA
			G		NEOMICINA POMADA
AMP		ROPI 2mg/mL 20 mL	G		FIBRASE POMADA
AMP		ROPI 10mg/mL 20 mL	G		TERRAMICINA POMADA
			G		TOBREX POMADA
AMP	01/11	ALFAST 0,544 mg/5 mL	G		REPARIL GEL
AMP		MIDAZOLAN 5 mg 5 mL	G		FURACIN POMADA
AMP		MIDAZOLAN 15 mg 3mL	G		TROFORDEMIN POMADA
			G		EPITEZAN POMADA
AMP		ETOMIDATO 2 mg/mL	ML		FURACIN 0,2% SOL
FRA/AMP	01/11	SUCCINIL COLIN 100 mg			
AMP		DIMORF 0,2 mg 1 mL	AMP		FUROSEMIDA 20 mg 2 mL
AMP		DIMORF 1 mg 2 mL	FRA/AMP		LIQUEMINE 5000 UI /FR
FRA/AMP		PRECEDEX			
AMP	01/11	FENTANEST 0,05 mg/mL	FRA/AMP	01/11	HIDROCORTISONA 500 mg
FRA/AMP	03/11	ULTIVA 2 mg	AMP		DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5 mL
AMP		NARCAN 10 mg/mL			
AMP	01/11	NUBAIN 10 mg/mL	FRA/AMP		BEXTRA 40 mg
AMP		DOPAMINA	AMP	01/11	RANITIDINA 50 mg 2mL
AMP		HYDREN 1 mg 1mL	FRA/AMP		OMEPRAZOL 40 mg
			AMP		NILPERIDOL
AMP		FLUMAZENIL 0,5 mg 5 mL	AMP		FENILEFRINA
AMP	01/11	TRAMADOL 50 mg/mL 1 mL			
AMP		TRAMADOL 50 mg/mL 2 mL	SERINGA		CLEXANE 20 MG
AMP		FASTFEN 50mcg 1mL	SERINGA		CLEXANE 40 MG
AMP		FASTFEN 5mcg 2 mL			
AMP		FASTFEN 50mcg 5 mL	UNI		CAPTOPRIL 25 mg
			UNI		ISORDIL 5 mg SUB LING
AMP		EFEDRIN 50 mg/mL	UNI		ADALAT 10 mg GEL
FRA/AMP		CETOPROFENO 100 mg			
FRA/AMP		TILATIL 20 mg			
FRA/AMP	01/11	DOLOSAL 50 mg/mL	ML		AZUL DE METILENO
AMP		PROTIGMINE 0,5 mg/mL			
AMP	03/11	HYTROPIN 0,25 mg/mL	FRASCO		CONRAY
			FRASCO		IOPAMIRON
AMP	01/11	ONDASENTRONA 8 mg/mL			
AMP	02/11	HYNALGIN 500 mg/mL	FRASCO		ACIDO GRAXO 50 mL

Rua Barão de Macêdo, 288 - Centro - CEP: 67.020-360 - Macêdo - Alagoas - Brasil.
Fone: (66) - 82 - 2123 - 6000 Ramal - 6341/6020
CNPJ: 12.307.187/0001-60 - Inscrição Estadual: 24.054.180-4

UND	QTD	DESCRIÇÃO	QTD
FRA	04	ÁGUA BIDESTILADA 10 mL	1111
FRA		ÁGUA BIDESTILADA 1000 mL	
FRA		SOL FISIOLÓGICO 0,9% 250 mL	
FRA	01	SOL FISIOLÓGICO 0,9% 500 mL	plei
FRA		SOL FISIOLÓGICO 0,9% 1000 mL	
FRA	06	SOL RINGER 500 mL	11111
FRA		SOL DE GLICOSE 5% 250 mL	
FRA		SOL DE GLICOSE 0,5% 500 mL	
FRA		GELAFUNDIN	
FRA		SOL MANITOL 3% 2000 mL	CEOP
FRA		SOL MANITOL 20% 250 mL	

* 01 Hemostático Resorcina 50x75 mm
* 01 kit Duroseal 3ml
* 03 compressas hemostáticas BIO-Sponge

AMP		SOL GLICOSE 25% 10 mL
AMP		SOL GLICOSE 50% 10 mL
AMP		SOL CLORETO DE SÓDIO 20% 10 mL

AMP		BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10 mL
AMP		GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10 mL

ml		POVIDINE TINTURA
ml		POVIDINE DEGERMANTE
ml		POVIDINE TÓPICO
ml		CLOREXIDINA 2%
ml		CLOREXIDINA ÁLCOOLICA

Actifuse®

Silicate Substituted Calcium Phosphate

Expiry date: 2017-12

10 - 70 % Relative Humidity

15°C - 30°C Store between 15°C - 40°C

Do not use if package is damaged

Do not reuse Do not resterilize

Patented: US 6,312,464; EU 0001441; 01117626
Made in the U.K. Manufactured by ActiTech Ltd.
370 Commercial Avenue, Esher, WIM 372, Tel: +44 (0)1323 8731 4840

10
ml

STERILE R CE
Granule size: 2-5 mm

REF 203001
N2E0507X



LOT ELS80G028LG



506005078026

0324 25002 R1

MATERIDADE

UND	QTD	DESCRIÇÃO			QTD	
AMP		NAOX 5 UI/mL		AMP		OXITOCINA
AMP		METHERGIN 0,2 mg/ 1 mL		mL		SABONETE GLICERINADO
AMP		FENILEFRIN 10 mg/mL		GOTAS		ARGIROL 1%
FRA		TRANSAMIN 250 mg/5mL		AMP		KANAKION
FRA		CLAMP		UND		
FRA		PULSEIRA		UND		
UND		COTONETE		UND		
UND		PERFURADOR DE MEMBRANA				

FOI UTILIZADO ÓRTESE E PRÓTESE?

SIM NÃO

UND	QTD	DESCRIÇÃO	QTD
UND		DRENO DE TÓRAX, N°	TELA
UND		CIMENTO ÓSSEO	BIODRENO N°
UND		Pinça Bipolar Codman	DRENO DE BLAKE
UND		Pinça de dissecação	RESERVATÓRIO TIPO PERA
UND		Pinça de coagulação	PINÇA
UND		Pinça de tração	CARGAS

CIRCULANTE:

Atílio Viana + Katiúia

ENFERMEIRA:

MÉDICO:

Solo-4

FARMÁCIA SATÉLITE:

SATURAMENTO: