

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2980120820210215151527

Processo 0801756-33.2021.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário
Assunto Principal: 9597 - Seguro
Nível de Sigilo: Público

Informações GeraisInformações AdicionaisPartesMovimentaçõesApensamentos (0)Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
[-] 11	15/02/2021 15:15:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
		11.1 Arquivo: Petição Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2783560CONTESTACAO01.pdf Público 11.2 Arquivo: DOCS Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2783560CONTESTACAOAnexo02.pdf Público 11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KIT SEGURADORA LDER.pdf Público	
10	02/02/2021 13:37:30	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
9	02/02/2021 12:51:24	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
[+] 8	02/02/2021 12:51:24	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO 3ª Vara Cível	Glaysen Alves da Silva Distribuidor
7	02/02/2021 08:52:24	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	PAULO RICARDO SOUSA CAVALCANTE Analista Judiciário
[+] 6	27/01/2021 11:38:19	DECLARADA INCOMPETÊNCIA	IVALDO JORGE LEITE Magistrado
5	26/01/2021 14:46:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	26/01/2021 14:46:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	26/01/2021 14:46:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	26/01/2021 14:46:26	PROCESSO ENCAMINHADO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
[+] 1	26/01/2021 14:46:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo n.º 08017563320218230010

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **24/10/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **24/10/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **24/10/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**.

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 11 de fevereiro de 2021.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08017563320218230010.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão José Gomes 891 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 Fone: (16) 341.470/0001-44 FAX: (16) 341.470/0001-44
Site: www.roraimaenergia.com.br
Régime Especial de Impostos de Interesse da RORAIMA

0045430-3

Nº da Nota Fiscal

5238774

A Partir da data de emissão da Nota Fiscal - TISS - 24/06/2020
de acordo com a Lei nº 12.430 de 24 de abril de 2012

PERÍODO DE FATURAMENTO	CONTÊÚDO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
15/06/2020	528	451,14

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
R. NILDA SOBRAL GUEDES 16 - UNIAO

CPF: 00062900390249

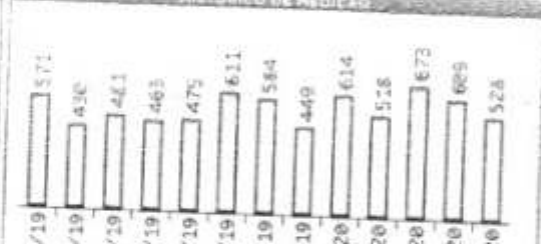
DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 490,71	Atual: 21/05/2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 481,71	Anterior: 21/04/2020	Classe/Subclasse: 1.1.1.1
Dias de Leitura: 30	Última leitura: 21/04/2020	Localização: RORAIMA
Constante de Multiplicação: 25	Emissão: 20/05/2020	Número Medidor: 217
Consumo Medido: 8,00	Apresentação: 10/05/2020	Forma de Faturamento: 22000000
Consumo Faturado: 528	Validade: 21/05/2020	Modalidade: NORMAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	528 A R\$ 0,753650 = 397,92
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/20-00	0,01
CORREÇÃO MONETÁRIA IC 03/20-00	4,35
MULTA POR ATRASO DA 1 03/20-00	1,01
JUROS DE MORA POR ATR 03/20-00	0,23
MULTA POR ATRASO 03/20-00	20,37
JUROS DE MORA DE IMPO 03/20-00	3,62
ELIMINAÇÃO PÚBLICA	33,63

CONTAS ANTERIORES

PERÍODO	VALOR
01/19	97,71
02/19	430
03/19	441
04/19	465
05/19	475
06/19	611
07/19	584
08/19	449
09/19	614
10/19	518
11/19	673
12/19	609
01/20	528

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita à suspensão de fornecimento de energia elétrica em razão de inadimplência, conforme consta no sistema de controle de consumo. Para evitar a suspensão de fornecimento de energia elétrica, o consumidor deve efetuar o pagamento da dívida antes do vencimento.

Declaramos autenticidade dos dados sobre UC no ano de 2019 (Lei 12087/09 - LIDE 2000/2019) e PARA O VENCIMENTO 15/06/2020.

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia: 397,92	Base de Cálculo: 397,92
Encargos: 12,20	ICMS: 17,88
Tributos: 1,01	PIS: 2,17
Transmissão: 0,00	COFINS: 0,23

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
Índice	Valor	Índice	Valor	Índice	Valor
Limite	9,24	Índice	18,49	Índice	36,99
Realizado	0,51	Índice	1,00	Índice	0,00

ROT: 7.001.11.03.336100

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão José Gomes 891 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 Fone: (16) 341.470/0001-44 FAX: (16) 341.470/0001-44

SEU CÓDIGO: 0045430-3

MÊS FATURADO: 05/2020

TOTAL A PAGAR - R\$: 451,14

VENCIMENTO: 15/06/2020

83620000004 7 51140075000 2 000000000045 5 43030520008 0



UC: 0045430-3 DT. LEIT.: 21/05/2020 T. ENTR.: 04
49099 NORMAL TOTAL: 451,14 CARGA: 005
DT. VENC.: 15/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4201

Raquel L. Salazar

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO
 Fundação de Ensino e Pesquisa
 Instituto Estadual de Planejamento - IFPE
 Av. do Ensino Educacional, 3308

Reclassificação	Teo. Enfermagem	Reclassificação
Vermelho		Vermelho
Laranja	COREN-RR 001.058.491-TE	Laranja
Amarelo	25/10/11	Amarelo
Verde		Verde
Azul Ass.		Azul Ass.

ENTRADA	24/10/2015 07:25:35	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	Verdo Anul Ass		Verdo Anul Ass	
Paciente	MARIA ANTONIA FOLX DE SOUZA			Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
Sexo	Colocação	Orgão Emissor	Data Emissão	08/10/1974	44 A 0 M 16 D			
Sexo				F	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
					CASADO(A)	PARDA		BRASILEIRA
Nome	MARIA FENREIRA FELIX			Pai	Contato			
Endereço	RUA - HILDA SOBRAL GUEDES - 16 - UNIAO - BOA VISTA - RR			NI	(95) 98407-3331			
					Ocupação			
Clinica no Bloco	Piso Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização		Sis. Frontal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Objeto do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional de Atend.		Procedência	Temp.		Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Sexo	Tip. da Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:				
ACIDENTE TRAUMA	SAMU CAPITAL			KAREN GARCIA				
Quadra Principal			☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

GSC 101M
AO 1234 RV 12345 MRV 12345E

GSC AO 1234 RV 12345 MRV 123456		TOTAL 15
1. OBJETIVO: [] 2. METODOLOGIA: [] 3. RESULTADOS: [] 4. CONCLUSÃO: [] 5. OBSERVAÇÕES: [] 6. ASSINATURA: [] 7. DATA: []		

Erőltetett Diszciplína

P. ...

Computer Literacy

☐ TENSÃO ☐ ULTRASSOM ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE ADRARIÁ
Av. Rita Roldão Gomes, 500
Ave. Fátima - Tel. (33) 2121-0620
- AUTENTICAÇÃO -
15 JAN 2017
Carimbo e Assinatura do Presidente
do Conselho de Administração
do Hospital Geral de ADRARIÁ

Journal of Management Education 38(6)p. 709-724

144420

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

— *Journal of the American Medical Association*, 1997

Copyright © 2006 John Wiley & Sons, Ltd.

Statistical Analysis

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

Carimbo e Assinatura do Médico



© 2004 Blackwell Publishing Ltd
Journal of Internal Medicine 255: 103–110

11/2016 : C. M. A. J. - J. L.

Trova acide este
futura prova

Hemos encontrado el
aviso, f. en el libro. Ahí
de la hoja que se encuentra
en la parte

TC : / América Latina
Caribola.

de los de C. M. A. J. - J. L.

11/17
Dr. José María Pérez
C. M. A. J. - J. L.

13551



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ata 2011

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO DE DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO EXAME

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - Nº DO BILHETE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CNES DA EMPRESA

38 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BOLETIM OPERATÓRIO

*plano Antena Torre
de Luz*

Data: 24/10/18

O.S. _____

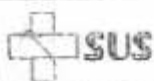
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Tram. vascular direita - n. 18
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Revisão de punção de membro
TIPO DE INTERVENÇÃO: Explor. total de n. 18
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

QUIRURGIÃO: Thiago Lima 1º AUXILIAR: Dr. Henrique
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: raiva
ANESTESISTAS: R. n. 18 ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Punção de n. 18 - membro superior direito
- ② Punção de n. 18 - membro superior direito
- ③ Punção de n. 18 - membro superior direito
- ④ Punção de n. 18 - membro superior direito
- ⑤ Punção de n. 18 - membro superior direito





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente Transitório com
Jequimato Extense Perianal
e Exposição Osses

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

QUÍMICA

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Rx
Exposto III° Tibial

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DO ÓRGÃO EMISSOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BOLETIM OPERATÓRIO

Date: 24/10/18

O.S. _____

Dr. Antonio Felix

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura exposta tíbia III°

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Osteossíntese + LTC

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Fixação Externa

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. C. Augusto
LOANIR V

1º AUXILIAR:

Dr. Thiago Costa

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

Dr. Fabiano

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Encontra-se grande ferimento com
descolamento extenso lesões
muscular exposta osso
lesão vascular
Fech LTC
Fixação externa 250 mm
Tala TNC

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM 153



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"Assistência Paralela aos Indígenas"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

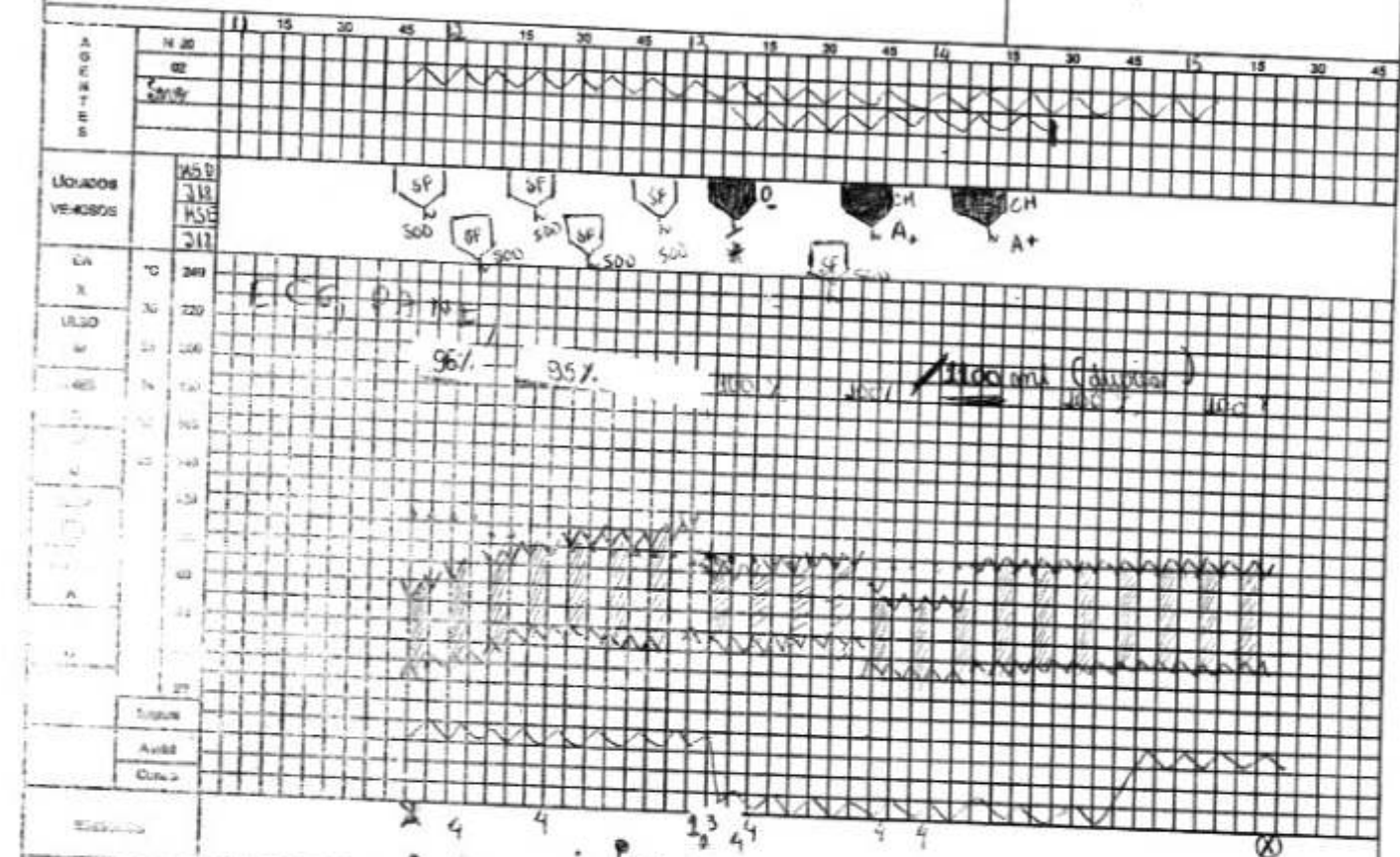
Maria Antônia Felipe de Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 25 mg ev

Nº

24/10/18



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Fentanyl	125 mg	100%: G+ INHALTORA em	X Paciente com O ₂ 100%
2. Roc	35 mg	Sistema com Absorção	24 Indicação SI/min
3. Propofol	20 mg	de Eo	3 Propofol 20mg + Roc 35 mg ev +
4. 2000 mg			inhal 25 mg ev
5.		Ventilador controlado	2 Jet 100% Tubo 7.0 mm c/w P + FNT 50
6.		pressurizado	3 O ₂ + 8 mg fentanyl 4 Epidura 5 mg ev
7.			* com 6. Anestesia 10 O ₂ . Pouco
8.			operação. Tensão, hipotensão postural no momento
9.			em 20% pa posicionada p/ rotação. Opióides
10.			para manutenção da hemodinâmica / mudança de técnica
11.			anestesia (anest. geral)
12.			
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.			

Tratamento de Fratura Externa de 3º de ulna

Dr. Maria / Dr. João

Dr. Paulo Henrique / Dr. João

Dr. Daniel

e Vozes

5. Atropina 0.5 mg +
pilocarpina 1 mg evO paciente está bem. Encaminhado
para o hospital para tratamento.

15/10/2017

Assinatura do Médico



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		44	APT OU LEITO	Emergência	Nº DO PRONTUÁRIO	200 03
m ^{te} Antônio Félix de Souza						24/10/20
TIPO			CIRURGIA			
TTO de fratura exposta de 3 ^o grau de			TEMPO DE DURAÇÃO			
fibra (E)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			13:30	14:35		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR		Dr Carlos Henrique (Dl.)		ANESTESISTA:		Dr Fabiano / Dr Manoel
2º AUXILIAR		Chicago (Zbucian)		RES. ANESTESIA:		Ricardo / Annelle
				INSTRUMENTADOR		
				CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA:		Geral		TEMPO DE DURAÇÃO:		13:30 a 14:35 / 1h 05min
QUANT.	PARTECIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS		
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250		
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
☐	LUVA ESTERIL 7.0		☒	FRASCOS- SORO Glicosado A.D-500ml		
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FIO VICRYLNº 2.0		
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº 1		
☐	LUVA ESTERIL 8.5		☐	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		☐	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
☐	LÂMINA BISTURINº 22/24		☐	FIO CATGUT SIMPLES Nº		
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº		☐	FIO CATGUT CROMADO Nº		
☐	DRENO DE TORAX Nº		☐	FIO PROLENE Nº		
☐	DRENO DE PENROSE Nº		☒	FIO-SEDA Nº Nylon Nº 2.0		
☐	SERINGA 01ML		☐	SURGICEL Equipos macrogatos		
☐	SERINGA 03ML		☐	CERA P/ OSO		
☐	SERINGA 05 ML		☐	KIT CATARATANº		
☒	SERINGA 10ML		☐	GEOFOAM agulha e sangue		
☒	SERINGA 20ML		☐	FITA CARDIACA (gel condutor)		
☐	Cateter Dy		☐	OUTROS: Exova p/ assepsia		
☐	TOT Nº 7		☐	310ml P.O.S. topico		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Suellem / Bruno / Mariana				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		SUB- TOTAL		
		Luciano / Roberto (Tart)		TAXA DE SALA		
				TAXA DE ANESTESIA		
				SOM		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

Unidade 301/MS
Miguel Pereira



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 24/10/18

Reg. idade: 44

Cirurgia: CT

Emergência () U.T.I.1

() Internação () U.T.I.2

() Outros:

Cirurgia Proposta:

Procedimento: Infusão de Solução Salina

Informações:

() Jejum () Pré-anestésico

() Adesão () Interação

() Banho () Sanguíneo

() Alergia () Cardiopatia

() Exames () Anestésico

() Outros:

2. Estado Emocional/ Mental

() Otimista () Sombrio

() Agitado

() Outros: Ativo

3. Sinais Vitais:

Temperatura: 36,5 °C

Pulso: 92 bpm

Pressão Arterial: 120/80 mmHg

Saturação de O2: 98% em 2L

Respiração: Regular

Condições da Pele:

() Feridas () Queimaduras

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 14:50

Início da Cirurgia: 15:00

Início da Anestesia: 15:05

Término da Cirurgia: 15:55

Saída S.O.: 16:00

Cirurgia Realizada: Infusão de Solução Salina

Anestesia: Local

Posicionamento: Dec. Dorsal

SG e 10%: 100 ml

Outros: Plasma: 100 ml

RT de compressas oferecidas: 10

RT de compressas recolhidas: 10

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,5 °C

Pulso: 92 bpm

Pressão Arterial: 120/80 mmHg

Saturação de O2: 98% em 2L

Respiração: Regular

Condições da Pele:

() Feridas () Queimaduras

() Outros:

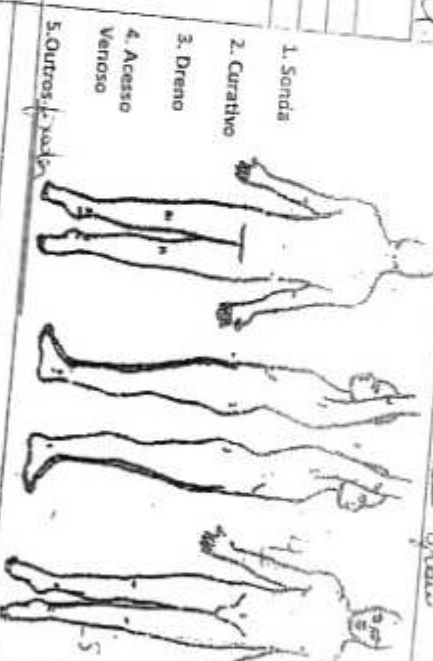
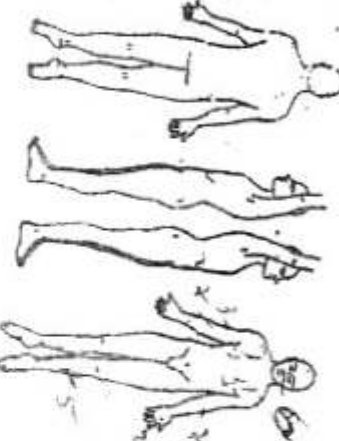
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rota X

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rota X

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rota X

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rota X

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rota X



Entradas	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
3000	319 mL				
292 mL					
266 mL					

Sinais Vitais	T	P	PA	SpO2
27h	115	78/60	49	
30h	119	78/60	100	
45h				

Entradas	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
3000	319 mL				
292 mL					
266 mL					

Entradas	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
3000	319 mL				
292 mL					
266 mL					

Entradas	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros
3000	319 mL				
292 mL					
266 mL					

Desfecho: Srpa () UTI () Outros:
Instrumental elaborado pelos Enfermeiros de: COPEMURG - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGG DA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Nome Antenne Felix da Souza

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

941336163

OK

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE <i>Antenne Felix</i>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA		PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
24/10/18 11:10h		11:10h	
3) AUF			
4) <i>Antenne Felix</i>			
5) <i>Antenne Felix</i>			
6) <i>Antenne Felix</i>			
7) <i>Antenne Felix</i>			
8) <i>Antenne Felix</i>			
9) <i>Antenne Felix</i>			
10) <i>Antenne Felix</i>			
11) <i>Antenne Felix</i>			
12) <i>Antenne Felix</i>			
13) <i>Antenne Felix</i>			
14) <i>Antenne Felix</i>			
15) <i>Antenne Felix</i>			
16) <i>Antenne Felix</i>			
17) <i>Antenne Felix</i>			
18) <i>Antenne Felix</i>			
19) <i>Antenne Felix</i>			
20) <i>Antenne Felix</i>			
21) <i>Antenne Felix</i>			
22) <i>Antenne Felix</i>			
23) <i>Antenne Felix</i>			
24) <i>Antenne Felix</i>			
25) <i>Antenne Felix</i>			
26) <i>Antenne Felix</i>			
27) <i>Antenne Felix</i>			
28) <i>Antenne Felix</i>			
29) <i>Antenne Felix</i>			
30) <i>Antenne Felix</i>			
31) <i>Antenne Felix</i>			
32) <i>Antenne Felix</i>			
33) <i>Antenne Felix</i>			
34) <i>Antenne Felix</i>			
35) <i>Antenne Felix</i>			
36) <i>Antenne Felix</i>			
37) <i>Antenne Felix</i>			
38) <i>Antenne Felix</i>			
39) <i>Antenne Felix</i>			
40) <i>Antenne Felix</i>			
41) <i>Antenne Felix</i>			
42) <i>Antenne Felix</i>			
43) <i>Antenne Felix</i>			
44) <i>Antenne Felix</i>			
45) <i>Antenne Felix</i>			
46) <i>Antenne Felix</i>			
47) <i>Antenne Felix</i>			
48) <i>Antenne Felix</i>			
49) <i>Antenne Felix</i>			
50) <i>Antenne Felix</i>			
51) <i>Antenne Felix</i>			
52) <i>Antenne Felix</i>			
53) <i>Antenne Felix</i>			
54) <i>Antenne Felix</i>			
55) <i>Antenne Felix</i>			
56) <i>Antenne Felix</i>			
57) <i>Antenne Felix</i>			
58) <i>Antenne Felix</i>			
59) <i>Antenne Felix</i>			
60) <i>Antenne Felix</i>			
61) <i>Antenne Felix</i>			
62) <i>Antenne Felix</i>			
63) <i>Antenne Felix</i>			
64) <i>Antenne Felix</i>			
65) <i>Antenne Felix</i>			
66) <i>Antenne Felix</i>			
67) <i>Antenne Felix</i>			
68) <i>Antenne Felix</i>			
69) <i>Antenne Felix</i>			
70) <i>Antenne Felix</i>			
71) <i>Antenne Felix</i>			
72) <i>Antenne Felix</i>			
73) <i>Antenne Felix</i>			
74) <i>Antenne Felix</i>			
75) <i>Antenne Felix</i>			
76) <i>Antenne Felix</i>			
77) <i>Antenne Felix</i>			
78) <i>Antenne Felix</i>			
79) <i>Antenne Felix</i>			
80) <i>Antenne Felix</i>			
81) <i>Antenne Felix</i>			
82) <i>Antenne Felix</i>			
83) <i>Antenne Felix</i>			
84) <i>Antenne Felix</i>			
85) <i>Antenne Felix</i>			
86) <i>Antenne Felix</i>			
87) <i>Antenne Felix</i>			
88) <i>Antenne Felix</i>			
89) <i>Antenne Felix</i>			
90) <i>Antenne Felix</i>			
91) <i>Antenne Felix</i>			
92) <i>Antenne Felix</i>			
93) <i>Antenne Felix</i>			
94) <i>Antenne Felix</i>			
95) <i>Antenne Felix</i>			
96) <i>Antenne Felix</i>			
97) <i>Antenne Felix</i>			
98) <i>Antenne Felix</i>			
99) <i>Antenne Felix</i>			
100) <i>Antenne Felix</i>			

204.3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Presidência do Estado					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Jéssica Antônia Felix			
DIAGNÓSTICO		Jéssica Antônia Felix			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA 25/10/18	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			20
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã
3		CEFALOTINA 1G EV 6/8h			—
4		TILATIL 20MG EV 12/12h			18h
5		DIPIRONA 500MG EV 6/6h			12h
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			2
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			12h
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N			12h
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			2
10		SS/V + CCGG 6/6 h			manhã
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			manhã
13		CURATIVO DIÁRIO			manhã
14		Ceftriaxona 1 gr 12/12 EV			18h
15		Ceftriaxona 400 + 12/12 EV			18h
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

026, 107EP
 Boa Dor + sono
 Transferido para a Placa
 Per e

SINAIS VITAIS	T	PA	FC
6 H			
12 H	36.1	103/70	86
13 H	37.0	115/69	119
24 H	37.7	110/60	100

10h. realizado banho no leito, troca de gaze e curativo em membro inferior direito.

Carlos Enrique La Rosa
 Médico
 CRM-RR 463

Médico RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.
 Aníbal da Silva Souza
 Técnico de Enfermagem
 COTM-RR 001 200 883

Regulado
 para leito
 5/15/2043
 Regulação Interna 11:20

18h Paciente no H.F.O, medicado, segue por cuidados de enfermagem.
 Obs: 15 e 17 não em no sup.

Nairia Antônio Félix

204-3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

NAIRIA ANTÔNIO FÉLIX

DIAGNÓSTICO

FRACTURA TÍBIA

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

42

LEITO

DATA

26/10/08

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

5ND

2

AVP

3

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

18:00 - 24:00

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

18:00 - 06:00

5

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

18:00 - 24:00

6

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

5ND

7

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

5ND

8

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

5ND

9

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

5ND

10

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

5ND

11

CURATIVO DIÁRIO

5ND

12

SSVV + CCGG 6/6 H

5ND

13

C/P CLIPROFENOL 400mg 12/12h (17h)

18:00 - 06:00

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

06h realizado troca de AVP
com glicose 50%

Planta eletrol
fenda

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

PA

P

T

6 H

115x60

107

36,4°C

10 H

110x67

109

36,6°C

13 H

120x79

106

36,5°C

21 H

113/70

100

12h. Verificados SSVV e administradas medicações
C.P.M.

204-3

28/10/18

PATRICIA ANTONIO FELIX

1) Dieta 1kg

1) Celestine 1g w 6/11 - ~~12-18~~ 24-96

1) Dipirona 2g w 6/11 - ~~12-18~~ 24-96

1) Tetracil 200 w 12/11 - ~~18-96~~ 1

1) Thiamine 1000 w 6/11 - SN

1) Plasma 1000 w 6/11 - SN

7) Ceftriaxone 250 w 1/11 - ~~18-96~~ 1

1) Mafetide 400 w 6/11 - SN

1) Curatol 1kg

1) Ciprofloxacin 400 w 12/11 - ~~18-96~~ 1

1) CRV

Proceder a exam
leudo 1kg


Dr. J. J. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

18h - P.A. 110 x 70 mmHg, FC: 71 bpm Tatiana Maia
DRENAR 17/09/18

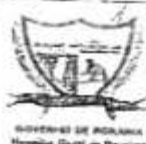
24h - P.A. 104/69 P. 102 T: 37.5 termometro

06h - P.A. 100 x 70 FC: 98 T: 37.5 termometro

L

Tatiana Rodrigues
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 228 TE
28/10/18

204-3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

CLP

CIPHO FLEX 100 400 12/12

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em
Alta médica

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

3H

12H

12H

04H

Deficit de funcionamento
Tracado

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566
Telefone: 062 941 71

204-3

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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

MARIA ANTONIA

DIAGNÓSTICO

FRATURA PERNA

ALERGIAS

IDADE

92

HAS

DM2

ITEM

LEITO

704-7

DATA

25/10/18

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

SND

2

AVP

3

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

MANUTER

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

12-18 29/06

5

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

18 06

6

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

12-18 02/06

7

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

SV

8

TRAMAL 10 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SV

9

TRAMAL 50MG DE 3/8H EV S/N

SV

10

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

SV

11

TRAMAL VO DIÁRIO

SV

12

TRAMAL 50MG DE 3/8H

MANUTER

13

TRAMAL 50MG DE 3/8H

RORAIMA

14

10 IPM KLOXACIL 400 mg EV 12/12h

18 06

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

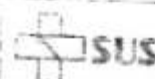
EVOLUÇÃO MÉDICA:

Perna curar
Apud novo procedim

Dr. Jean de Aguiar
CRM-RR 506

SINAIS VITAIS	TA	FC	T	FR
08H				
12H	120x70	87	36.2	
18H	114x76	117	37.4°C	20
22H	103/65	100	36.8°C	

29-10-18 18:00h Pede detalhes
no lito, consenti, realizei
medicações dos dias 3-4-5-13
ESSUV e Ppi, segue as
cuidados da enfermagem
Maria Cecília G. Figueira
CRM-RR 387.446 TE



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HCH

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HCH

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA ANTONIA FERREIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N° SAÍDO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com problemas de saúde, apresentando sintomas de insuficiência cardíaca, necessitando de internação hospitalar para avaliação e tratamento.

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirrose

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

Pr. pericardial

19 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fígado com TBM e abscesso

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exatidão Exatidão + Elicação de Pêlo Negro

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CID 10

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

42 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

0415040035
R02

45 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

31.10.2011

BOLETIM OPERÁRIO

BOLEIM OPERÁRIO

Data: 21/10/16

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da tíbia e fíbula

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RELE

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fixação interna com placa e parafusos

INDICAÇÕES E ACIDENTES: + Exatidão de redução

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 unid.

QUADRADO: Dr. J. J. J.

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: Geral

ANESTESISTA: Dr. F. B. J.

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente anestesiado

- Asepsia, antissepsia

- Campos estéril

- Medico de tórax e pulmões

- 2 pontos de sutura e pontos

de sutura para fechamento da ferida

- Exatidão de redução

- Curativo

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

498

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maurício Antonio Felix de Souza		209-3		31/10/18
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Limpeza cirúrgica + fixador braço M.S. Esquerdo		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		10:30	11:30	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Fabiano	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		Dr. Bruno	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		
		Maurício / Angelis / Ovale		
TIPO DE ANESTESIA: Raquide		TEMPO DE DURAÇÃO:		
MATERIAIS		VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
☐	BOIS COMPRESSAS 0103 UNID		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml
☐	FRASCOS 0103			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
☐	FRASCOS 0103			FRASCOS- SORO GLICOSADO
☐	LUVA ESTÉRIL 0103			FIO VICRYL Nº
☐	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº
☐	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
☐	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
☐	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
☐	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
☐	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
☐	SERINGA 01ML			SURGICEL
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
☐	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº
☐	SERINGA 10ML			GEOFOAM
☐	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA Agulha p/ Raquide Nº 22
☐	30x8 Agulha			OUTROS: Eletrodes
☐	Escoço p/ Reg. naçao			100ml PV TOPIC
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Suelen	SUB- TOTAL		
	Bruno	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

NOME: maíra Antônia Falcão

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 21/10/18

Reg. 44 Idade 44

Cirurgia: 1) Hemangioma () U.T.L. 1
2) Hemangioma () U.T.L. 2
3) Outros: ()

Cirurgia Proposta: 1) Cirurgia de Hemangioma

1. Informações: 1) Pré-anestésico
2) Midazolam intracath
3) Soro () Soro
4) Alegría () Cardiotapa
5) Exames () Anestésico
6) Outros: ()

2. Estado Emocional/ Mental AX IIIIC
1) Choro () Sonolento
2) Agitação ()
3) Outros: neutro

3. Sinais Vitais: 1) T: 36,2 °C
2) P: 102 bpm
3) PA: 105/70 mmHg
4) SAT: 98 %
5) R: 18 rpm
6) T: 36,2 °C
7) P: 102 bpm
8) PA: 105/70 mmHg
9) SAT: 98 %
10) R: 18 rpm
11) T: 36,2 °C
12) P: 102 bpm
13) PA: 105/70 mmHg
14) SAT: 98 %
15) R: 18 rpm
16) T: 36,2 °C
17) P: 102 bpm
18) PA: 105/70 mmHg
19) SAT: 98 %
20) R: 18 rpm
21) T: 36,2 °C
22) P: 102 bpm
23) PA: 105/70 mmHg
24) SAT: 98 %
25) R: 18 rpm
26) T: 36,2 °C
27) P: 102 bpm
28) PA: 105/70 mmHg
29) SAT: 98 %
30) R: 18 rpm
31) T: 36,2 °C
32) P: 102 bpm
33) PA: 105/70 mmHg
34) SAT: 98 %
35) R: 18 rpm
36) T: 36,2 °C
37) P: 102 bpm
38) PA: 105/70 mmHg
39) SAT: 98 %
40) R: 18 rpm
41) T: 36,2 °C
42) P: 102 bpm
43) PA: 105/70 mmHg
44) SAT: 98 %
45) R: 18 rpm
46) T: 36,2 °C
47) P: 102 bpm
48) PA: 105/70 mmHg
49) SAT: 98 %
50) R: 18 rpm
51) T: 36,2 °C
52) P: 102 bpm
53) PA: 105/70 mmHg
54) SAT: 98 %
55) R: 18 rpm
56) T: 36,2 °C
57) P: 102 bpm
58) PA: 105/70 mmHg
59) SAT: 98 %
60) R: 18 rpm
61) T: 36,2 °C
62) P: 102 bpm
63) PA: 105/70 mmHg
64) SAT: 98 %
65) R: 18 rpm
66) T: 36,2 °C
67) P: 102 bpm
68) PA: 105/70 mmHg
69) SAT: 98 %
70) R: 18 rpm
71) T: 36,2 °C
72) P: 102 bpm
73) PA: 105/70 mmHg
74) SAT: 98 %
75) R: 18 rpm
76) T: 36,2 °C
77) P: 102 bpm
78) PA: 105/70 mmHg
79) SAT: 98 %
80) R: 18 rpm
81) T: 36,2 °C
82) P: 102 bpm
83) PA: 105/70 mmHg
84) SAT: 98 %
85) R: 18 rpm
86) T: 36,2 °C
87) P: 102 bpm
88) PA: 105/70 mmHg
89) SAT: 98 %
90) R: 18 rpm
91) T: 36,2 °C
92) P: 102 bpm
93) PA: 105/70 mmHg
94) SAT: 98 %
95) R: 18 rpm
96) T: 36,2 °C
97) P: 102 bpm
98) PA: 105/70 mmHg
99) SAT: 98 %
100) R: 18 rpm

TRANSPERATÓRIO				
Entrada no Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
<u>10:00</u>	<u>10:30</u>	<u>10:10</u>	<u>11:30</u>	<u>14:00</u>
Cirurgia Realizada		Anestesia		
<u>1) Cirurgia de Hemangioma</u>		<u>2) Anestesia Geral</u>		
<u>3) Anestesia Geral</u>		<u>4) Anestesia Geral</u>		
<u>5) Anestesia Geral</u>		<u>6) Anestesia Geral</u>		
<u>7) Anestesia Geral</u>		<u>8) Anestesia Geral</u>		
<u>9) Anestesia Geral</u>		<u>10) Anestesia Geral</u>		
<u>11) Anestesia Geral</u>		<u>12) Anestesia Geral</u>		
<u>13) Anestesia Geral</u>		<u>14) Anestesia Geral</u>		
<u>15) Anestesia Geral</u>		<u>16) Anestesia Geral</u>		
<u>17) Anestesia Geral</u>		<u>18) Anestesia Geral</u>		
<u>19) Anestesia Geral</u>		<u>20) Anestesia Geral</u>		
<u>21) Anestesia Geral</u>		<u>22) Anestesia Geral</u>		
<u>23) Anestesia Geral</u>		<u>24) Anestesia Geral</u>		
<u>25) Anestesia Geral</u>		<u>26) Anestesia Geral</u>		
<u>27) Anestesia Geral</u>		<u>28) Anestesia Geral</u>		
<u>29) Anestesia Geral</u>		<u>30) Anestesia Geral</u>		
<u>31) Anestesia Geral</u>		<u>32) Anestesia Geral</u>		
<u>33) Anestesia Geral</u>		<u>34) Anestesia Geral</u>		
<u>35) Anestesia Geral</u>		<u>36) Anestesia Geral</u>		
<u>37) Anestesia Geral</u>		<u>38) Anestesia Geral</u>		
<u>39) Anestesia Geral</u>		<u>40) Anestesia Geral</u>		
<u>41) Anestesia Geral</u>		<u>42) Anestesia Geral</u>		
<u>43) Anestesia Geral</u>		<u>44) Anestesia Geral</u>		
<u>45) Anestesia Geral</u>		<u>46) Anestesia Geral</u>		
<u>47) Anestesia Geral</u>		<u>48) Anestesia Geral</u>		
<u>49) Anestesia Geral</u>		<u>50) Anestesia Geral</u>		
<u>51) Anestesia Geral</u>		<u>52) Anestesia Geral</u>		
<u>53) Anestesia Geral</u>		<u>54) Anestesia Geral</u>		
<u>55) Anestesia Geral</u>		<u>56) Anestesia Geral</u>		
<u>57) Anestesia Geral</u>		<u>58) Anestesia Geral</u>		
<u>59) Anestesia Geral</u>		<u>60) Anestesia Geral</u>		
<u>61) Anestesia Geral</u>		<u>62) Anestesia Geral</u>		
<u>63) Anestesia Geral</u>		<u>64) Anestesia Geral</u>		
<u>65) Anestesia Geral</u>		<u>66) Anestesia Geral</u>		
<u>67) Anestesia Geral</u>		<u>68) Anestesia Geral</u>		
<u>69) Anestesia Geral</u>		<u>70) Anestesia Geral</u>		
<u>71) Anestesia Geral</u>		<u>72) Anestesia Geral</u>		
<u>73) Anestesia Geral</u>		<u>74) Anestesia Geral</u>		
<u>75) Anestesia Geral</u>		<u>76) Anestesia Geral</u>		
<u>77) Anestesia Geral</u>		<u>78) Anestesia Geral</u>		
<u>79) Anestesia Geral</u>		<u>80) Anestesia Geral</u>		
<u>81) Anestesia Geral</u>		<u>82) Anestesia Geral</u>		
<u>83) Anestesia Geral</u>		<u>84) Anestesia Geral</u>		
<u>85) Anestesia Geral</u>		<u>86) Anestesia Geral</u>		
<u>87) Anestesia Geral</u>		<u>88) Anestesia Geral</u>		
<u>89) Anestesia Geral</u>		<u>90) Anestesia Geral</u>		
<u>91) Anestesia Geral</u>		<u>92) Anestesia Geral</u>		
<u>93) Anestesia Geral</u>		<u>94) Anestesia Geral</u>		
<u>95) Anestesia Geral</u>		<u>96) Anestesia Geral</u>		
<u>97) Anestesia Geral</u>		<u>98) Anestesia Geral</u>		
<u>99) Anestesia Geral</u>		<u>100) Anestesia Geral</u>		

Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento	
<u>1) Cirurgia de Hemangioma</u>		<u>2) Anestesia Geral</u>		<u>3) Anestesia Geral</u>	
<u>4) Anestesia Geral</u>		<u>5) Anestesia Geral</u>		<u>6) Anestesia Geral</u>	
<u>7) Anestesia Geral</u>		<u>8) Anestesia Geral</u>		<u>9) Anestesia Geral</u>	
<u>10) Anestesia Geral</u>		<u>11) Anestesia Geral</u>		<u>12) Anestesia Geral</u>	
<u>13) Anestesia Geral</u>		<u>14) Anestesia Geral</u>		<u>15) Anestesia Geral</u>	
<u>16) Anestesia Geral</u>		<u>17) Anestesia Geral</u>		<u>18) Anestesia Geral</u>	
<u>19) Anestesia Geral</u>		<u>20) Anestesia Geral</u>		<u>21) Anestesia Geral</u>	
<u>22) Anestesia Geral</u>		<u>23) Anestesia Geral</u>		<u>24) Anestesia Geral</u>	
<u>25) Anestesia Geral</u>		<u>26) Anestesia Geral</u>		<u>27) Anestesia Geral</u>	
<u>28) Anestesia Geral</u>		<u>29) Anestesia Geral</u>		<u>30) Anestesia Geral</u>	
<u>31) Anestesia Geral</u>		<u>32) Anestesia Geral</u>		<u>33) Anestesia Geral</u>	
<u>34) Anestesia Geral</u>		<u>35) Anestesia Geral</u>		<u>36) Anestesia Geral</u>	
<u>37) Anestesia Geral</u>		<u>38) Anestesia Geral</u>		<u>39) Anestesia Geral</u>	
<u>40) Anestesia Geral</u>		<u>41) Anestesia Geral</u>		<u>42) Anestesia Geral</u>	
<u>43) Anestesia Geral</u>		<u>44) Anestesia Geral</u>		<u>45) Anestesia Geral</u>	
<u>46) Anestesia Geral</u>		<u>47) Anestesia Geral</u>		<u>48) Anestesia Geral</u>	
<u>49) Anestesia Geral</u>		<u>50) Anestesia Geral</u>		<u>51) Anestesia Geral</u>	
<u>52) Anestesia Geral</u>		<u>53) Anestesia Geral</u>		<u>54) Anestesia Geral</u>	
<u>55) Anestesia Geral</u>		<u>56) Anestesia Geral</u>		<u>57) Anestesia Geral</u>	
<u>58) Anestesia Geral</u>		<u>59) Anestesia Geral</u>		<u>60) Anestesia Geral</u>	
<u>61) Anestesia Geral</u>		<u>62) Anestesia Geral</u>		<u>63) Anestesia Geral</u>	
<u>64) Anestesia Geral</u>		<u>65) Anestesia Geral</u>		<u>66) Anestesia Geral</u>	
<u>67) Anestesia Geral</u>		<u>68) Anestesia Geral</u>		<u>69) Anestesia Geral</u>	
<u>70) Anestesia Geral</u>		<u>71) Anestesia Geral</u>		<u>72) Anestesia Geral</u>	
<u>73) Anestesia Geral</u>		<u>74) Anestesia Geral</u>		<u>75) Anestesia Geral</u>	
<u>76) Anestesia Geral</u>		<u>77) Anestesia Geral</u>		<u>78) Anestesia Geral</u>	
<u>79) Anestesia Geral</u>		<u>80) Anestesia Geral</u>		<u>81) Anestesia Geral</u>	
<u>82) Anestesia Geral</u>		<u>83) Anestesia Geral</u>		<u>84) Anestesia Geral</u>	
<u>85) Anestesia Geral</u>		<u>86) Anestesia Geral</u>		<u>87) Anestesia Geral</u>	
<u>88) Anestesia Geral</u>		<u>89) Anestesia Geral</u>		<u>90) Anestesia Geral</u>	
<u>91) Anestesia Geral</u>		<u>92) Anestesia Geral</u>		<u>93) Anestesia Geral</u>	
<u>94) Anestesia Geral</u>		<u>95) Anestesia Geral</u>		<u>96) Anestesia Geral</u>	
<u>97) Anestesia Geral</u>		<u>98) Anestesia Geral</u>		<u>99) Anestesia Geral</u>	
<u>100) Anestesia Geral</u>		<u>101) Anestesia Geral</u>		<u>102) Anestesia Geral</u>	

Cirurgia Realizada		Anestesia	SRPA
1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros		Localização	Sinais Vitais
		1. 15' 2. 15' 3. 30' 4. 45' 5. 2h 6. 30' 7. 1h 8. 1h30 9. 2h 10. 3h 11. 1h 12. 2h 13. 3h 14. 4h 15. 5h	P PA SP02

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Rafaela Ribeiro				
AGNOSTIC	- 1/13/14 + 1/13/14				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	44	LEITO	204-3	DATA	3/10/14

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	→ SVD
2	SFO 9% 500ML S/N EV	→ SVD
4	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV (1/13/14)	→ SVD
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	→ SVD
6	TRAMAL 100MG + SFO 9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	→ SVD
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	→ SVD
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	→ SVD
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	→ SVD
10	CURATIVO DIÁRIO	→ SVD
11	SSVV - COGG 6/6 H	→ SVD
12	CLETRAXONA 1 G 6/6h	→ SVD
13	CIPROFLOXACINA 400mg 12/12h	→ SVD
14		
15		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, 351-400 8UI, ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995 RR
6 H	104/70	67	18	36,4	
12 H	104 no C.C.				
18 H	111x74	95		36,4	
24 H	103x64	106	19	36,4	

Paciente em boa evolução
e bom condicionamento

Dr. Jesus da Luz Aguiar
CRM-RR 566



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

MARIA ANTÔNIA FELIX

DIAGNÓSTICO

FRACTURA TÍBIA

ALERGIAS

IDADE

42

HAS

DM2

ITEM

LEITO

204-3

DATA

01/11/18

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

SND

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

12 18 24 06

5

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

16 04

6

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

12 18 24 06

7

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

12

8

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

12

9

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

12

10

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

12

11

CURATIVO DIÁRIO

12

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

CLP FENILAXUR 1 GR EV 12/12h

14 02

14

CLP FENILAXUR 1 GR EV 12/12h

18 06

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente evolui
bem

Dr. José & Lopes Aguiar
CRM-RR 556

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX
6 H				
12 H	139x77	115	17	35.5
18 H	106x70	110	16	37.2
24 H				

24 PS 11x35
FC 104
T 37.6

Paciente evolui bem
após 24 horas de internação

06 PS 87x60

9 Diana Rojen Weser
Técnico em enfermagem
CRM-RR 556 07



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARIA ALTO LIMA FERREIRA					
DIAGNÓSTICO Fra. Ex. 10.					
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-3	DATA	02/11/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manh
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H (S/N)				SND
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18 06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	CLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
9	RANITIDINA 30MG DE 8/8h EV S/N				SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SE. - 1000G 8/6 H				12 18 24 06
13	CEFTIAZOLIMA 1 GR EV 12/12				18 06
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12				14 22
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável
Apresenta curação

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	TX
6 H	100x70	100	36
12 H			
18 H	100x60	116	36,3
24 H	90x60	106	36



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA APOLINIA PEREIRA				
DIAGNÓSTICO	Fratura tíbia				
ALERGIAS	42	HAS		DM2	
IDADE	41	LEITO	201-3	DATA	07/11/10
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				S/N
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				S/N
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				S/N
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	RANITIDINA 50MG DE 8/3H EV S/N				S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	CURATIVO DIÁRIO				S/N
12	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
13	CEFTIAZOLINA 1 GAL EV 12/12h				S/N
14	CIPROFLOXACINA 400mg EV 12/12h				S/N
15					S/N
16					S/N
17					S/N
18					S/N
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				S/N
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				S/N
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				S/N
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Acart e reação d
pelo, sendo logo

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM 566

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H	108/66	90	37,1°C
18 H	94/63	106	37°C
24 H			

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
Técnico Enfermagem
COREN-RR 982.941-TE

14:45 foi adm Tramal 50mg VO
15:23 foi trocado AVP.

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
Técnico Enfermagem
COREN-RR 982.941-TE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	FRANCISCA ALMEIDA PEREIRA				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TIBIA				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	42	LEITO	204-3	DM2	DATA 04/11/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SVP
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				SUSP.
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 30MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				curativo!
12	SSV + CCGG 8/6 H				18
13	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h				18
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h				18
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente em
pelo
Dr. Jean de Deus Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS			
6 H	120x76	102	36.6
12 H	114x70	96	36.4
18 H	130x75	90	36.5
24 H	120x76	94	36.6

204-3

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	M. J. M. A. M. T. O. K. L. A. F. E. K. I.				
DIAGNÓSTICO	Frm. TM				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	42	LEITO	204-7	DATA	05/11/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				500
2	AVP				1000
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				500
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12 06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/3H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CEFTIAZOLINA 1 G EV 12/12				10:00-22
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12				08 20:00
15					
16					
17					
18					
19	SE SIMBOLICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Pont. e/ou
pele necrótica

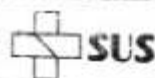
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM 566

SINAIS VITAIS	P.A	FC	R	T
EH				
12 H	94x76	80	-	36.5
18 H	100x80	80	-	36.5
24 H	90x65	113	-	36.6

06h 213x21 115 36.6

Dr. Cecília G. P. Aguiar
CRM 566

05-11-18 18:00
Ponte ditada no lut
consentido, realizado
médico dos 4
- SINE 11/11/18



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pac. com alteração de
função respiratória e
respiração de pulmão

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Pr. pulm. esquerdo

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Neumonia por H. influenzae

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

0415040035
R02

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

6/11/11

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 06/11/18

O.S.

PANCA PROVA
FELIX 1. 100.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose pelo pericólio

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Linca cirúrgica + cicatrização

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 00

CIRURGIÃO: Dr. Javi

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: 100%

ANESTESISTAS: Dr. AUF-

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente insatisfeito
- Anestesia, cirurgia
- Carga cirúrgica
- Início de hemorragia
- Execução da cirurgia
- 11/12 100% cicatrização
- Cuidados
- ATENÇÃO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RS 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência das Oportunidades"

FICHA DE ANESTESIA

Maria Antônia F de Souza. 44a.

06/11/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Naze Naze
Naze HPP.

AGENTES		N 20		15		30		45		20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
LÍQUIDOS VENOSOS	DA	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ULSD	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	A-UB	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SP	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TEMP.	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ASPIR.	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
RESPI.	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
SÍMBOLOS	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
	36	32	28	24	20	16	12	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Fontanil 100 mg	25 mg	RAQUIDANESIA PRONAL	2-Check List Anest. OK.
Diagep 10 mg	10 mg	DIANA 2-3 mg / 1 mg	AGENTE, PREVIUATO, EUCALAMIN, OROXAS
chp 25 mg	25 mg	266 de Quinque / 1 mg	DAUF ⑤ CVO 2 22/100
Hiperb 25 mg	25 mg	Aspirina 1 mg / 1 mg	③ sedação - Fontanil 100 mg - ⑤
		2- for técnica Anestesia	Diagep 10 mg - ⑤
			④ RAQUIDANESIA. Bupivacaine 1%
			⑤ an-AB tempo - de Roure.
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cácula - Hemo / Oro Faranga	
NOCD		Hemo / Oro Faranga - Caga	
SANGUE		Rel - Temp - Calde do Tubo	
		Sob Mâscara	
		Dificuldade Técnica	
TOVA	1300 ml	TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO	Desbridamento de area em M&B		
ANESTESIA	Dr. Hilton R. Gomes	Dr. Jesus	
			PERDA SANGÜEA < 10 ml

Larango - Espasmo - Excesso Seco
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arteria
Bred Tapulante - Choque



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Maria Antônia Felix de Souza						06/11/14	
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Bimpegi Cirurgia em M.T.C				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
				21 40	22 50		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA					
1º AUXILIAR		Jesus		ANESTESISTA:			
2º AUXILIAR				RES. ANESTESIA:		Bruno	
				INSTRUMENTADOR			
				CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA:		Raquie		TEMPO DE DURAÇÃO:		1h 10min, claudenir	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS			
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50ml			
☐	PACOTES GAZE		☒	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº			
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
10	LUVAS P/PROCEDIMENTOS (par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDANº 14x100cm 70%			
	SERINGA 01ML			SURGICEL (Bupivacaína 0.5%)			
	SERINGA 03ML			GELATINA (Gelatina de bovinos)			
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº			
	SERINGA 10ML			GEOFOAM 40x40x40			
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA 10x10x10			
	agulha p/ raquie			OUTROS: cateter O2			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Alexandre					
		Simone		SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: MARIA ANTÔNIA C. DE SOUZA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 06/11/12

Reg.: 44

Emergência: () U.T.I. 1
() Internação () U.T.I. 2
() Outros: _____

Cirurgia Proposta: _____

1. Informações:

() jejum () Pré-anestésico
() Miel () Intracati
() Banho () Sangue
() Alegria () Cardiopatia
() Exames () Anestésico
() Outros: _____

2. Estado Emocional/ Mental

() Choro () Sonolento
() Agitado
() Outros: NUNCA

3. Sinais Vitais:

T: _____ °C P: _____ bpm
FC: 100 PA: _____ mmHg
SAT: 98 % R: _____ rpm
() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:

JFAB: () Fartura
JFAC: () Queimadura
JDI: () Lesão
JFIC: () Contusão
JFIS: () Deformidade
JFISB: () Deformidade
JFISL: () Deformidade

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 21:05 Início da Cirurgia: 21:40 Início Anestesia: 21:30 Término Cirurgia: 22:50 Saída S.O.: _____

Cirurgia Realizada: Anestesia: Posicionamento: _____

Medicação: Infusão: Antibiótico- Terapêutico: Hemoderivados: _____

SG e 10%: 1500 Nome: Dose: CH: 2 Plasma: 2

Outras: _____

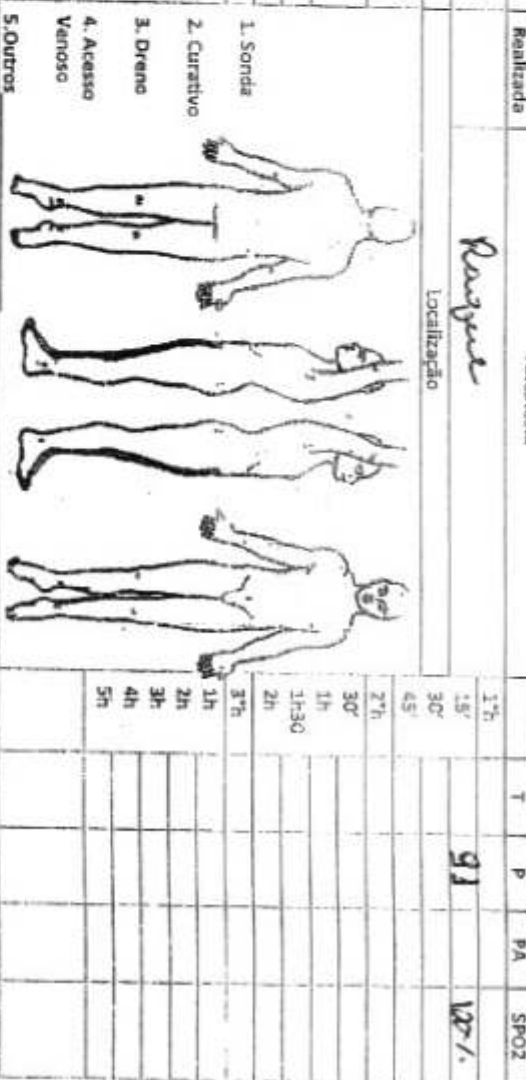
Nº de compressas oferecidas: _____
Nº de compressas recolhidas: _____
Sinais Vitais: T: _____ °C P: _____ bpm
FC: 100 PA: 105 mmHg
() Regular () Irregular
R: _____ rpm
SAT: 98 %
FC: 104 bpm

Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Raio X

() Outros: _____

SRPA

Cirurgia Realizada: Anestesia: Localização: Sangue



1. Sonda
2. Curativo
3. Dreno
4. Acesso Venoso
5. Outros

Balanco Hídrico

EV: _____

HV: _____

CH: _____

SNG: _____

Dreno: _____

Diurético: _____

SNG: _____

Outros: _____

Entrada: _____ Saída: _____



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

AGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500ML EV 12/12H

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

7

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8

DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H

9

TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10

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

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CURATIVO DIÁRIO

13

CEFTIAZOLAM 1GB c 12/12 CIP

14

CIPROFLOXACINA 500 c 12/12

15

16/11/12 PD 1400h

16

21/11

18

- Queixas para dor no pé

19

- Continuar com medicação

20

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

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 2007

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 2007

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

PA	FC	FR	T
12H 100/70	98		
15H 98/69	104	22	36°C
18H 101/72	99		36,9

204-03

204-30



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H (IVIPONTA)

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIARIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

CEFTRIAXONA 1 GA EV 12/12h (com a pt)

14

Ciprofloxacina 400 - EV 12/12h

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável
Rente evacuação normal e obilidade normal

Dr. Jesus L. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

PA FC TX

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

107/68 99 36,2°C
100/80 80 36,2°C

Paciente estável no leito
PO 90x80 s medicações administradas
FC 90
Tx 36
Obs 5, 13, 14, 6 p.m
sem greixos durante o plantão

Joane Martins S. Araújo
Téc. de Enfermagem
CRM - RR 808.040-78

Guarar



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV SN

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

CEFTIAZOLAM 1 CP VO 12/12h

14

CIPROFLOXACINA 400mg VO 12/12h

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente eufórico
sem dor

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM/R 565

SINAIS VITAIS

CH

12H

18H

24H

100/60

82

36°

130/60

60

36,5°C

90/60

55

36,5°C

NO

204-03

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

204-3

DATA

09/11/16

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/3 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em
Atendimento de emergência

Dr. João de Deus Aguiar
Otorrinolaringologista

SINAIS VITAIS	PA	FC	TC
6 H	100/60	101	
12 H	126/89	100	35.5°C
18 H	102x72	97	36.5°C
24 H	100/60	96	

18:00h Paciente em encontro no leito 204-3. A medicação de
horário realizadas, segue por cuidados de enfermagem.

Dr. S. R. R. R.
Técnico em Enfermagem
0014-38 001.21.3753 TE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	NAILA MACHADO FELIX				
DIAGNÓSTICO	Fratura tibia				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
ITEM	LEITO	704-7	DATA	10/11/18	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SN
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				monit
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12 18 24 06
5	DIPIRONA 1AMF ÷ 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12 18 24 06
7	PLASIL 10 mg EV 3/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
12	SSV + CCGG 6/5 H				SN
13					rotina
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em Rep
Após cirurgia

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	P.A	FC	FR	TAx.
6 H				
12 H	120x70	56	15	37.1°C
18 H	100x70	99	17	36.7°C
24 H	90x60	75	17	36.7°C

Dr. Realizado
João da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
Cofre RR 061 200.883

Dr. Brandão
Técnico de Enfermagem
Cofre RR 799.579

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAHA AKTOHA FELIX					
DIAGNÓSTICO Frauma + lbn					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 42		LEITO 204-2		DATA 11/11/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Manuten
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				06
5	DIPIRONA 1AMP + 5ML DE AD EV DE 6/6H				06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SU
7	CLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
11	CURATIVO DIÁRIO				Man
12	SSVV + CCGG 6/6H				Man
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Paciente está em
perda leve*

*Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566*

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	125/77	95	-	37,2°C
16 H	106/60	106		37°C
24 H				



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

LEITO

DM2

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SVN - 00:30 6/6H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em
Aferir com

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

SINAIS VITAIS

TA

110/60

97

99

HR

110/60

96

36.8

TS

110/60

96

36.8

HR

110/60

96

36.8

18h. Paciente no leito, apático
sem sinais vitais medidos
em uma vez em 12h de
intermissão. — Fato

36.8
36.8



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSIV + CCGG 5/6h

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em tratamento

Apresentando

Dr. Jesus de L. Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

PA

P

T

R

6 H

12 H

18 H

24 H

06 H

105x67

100x60

100x64

100x65

91

60

97

90

36.3c

36.0

36.0c

36.0c

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HON

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HON

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA ANTONIA FERREIRA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com alteração de
função renal e perda de peso
recente de 10 kg (9 meses).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Pr. função renal

Perda de peso

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Eleccutrizal e Expec Cirurgia

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Eleccutrizal e Expec Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Cirurgia

URGENCIA

() CNS

() CPF

51151957612121

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Joni A. Lopes Assun

14/4/10

Dr. J. A. Lopes Assun
CRM-AM 555

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0415040035
R02

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/11/16 OS: _____

N.º da PRÓTEJA Form

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose de pele de perna e

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Elictroni + Lupa cman

M. ICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O novo

1.º AUXILIAR: Dr. Fern

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: M. A. O. U.

ANESTÉSICO: _____

FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente crônica
- Pele, entumecida
- Corte extenso
- Desbridamento e elctroni
- 4 1/2 total e perna e
- Retirada de Tecido morto
- Retirada de pontos e cobertura com
- Curativo e gel
- AT: don


 Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
 CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência das Américas"

H11:0 14/11/18

FICHA DE ANESTESIA

Maria Antonia de Souza 44 anos P(1E) Alergia: 0

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 14/11/18
14/11/18

AGENTES		N 20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
AGENTES		02																			
LIQUIDOS VENOSOS		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	
DA X		38		38		38		38		38		38		38		38		38		38	
ULSO		36		36		36		36		36		36		36		36		36		36	
N.E.S.		34		34		34		34		34		34		34		34		34		34	
X		32		32		32		32		32		32		32		32		32		32	
OP		30		30		30		30		30		30		30		30		30		30	
Q		30		30		30		30		30		30		30		30		30		30	
TEMP		120		120		120		120		120		120		120		120		120		120	
ASPHL		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100	
A		80		80		80		80		80		80		80		80		80		80	
RESP		60		60		60		60		60		60		60		60		60		60	
O		40		40		40		40		40		40		40		40		40		40	
Espont		20		20		20		20		20		20		20		20		20		20	
Anest																					
Contro																					
SIMBOLOS																					
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES															
A Propofol 12.5mg				Régio hipocôndrica		X - Monitorização e checagem de equipamentos															
B Midazolam 0.5mg				13-14, micromediana, agulha 26G de quadrante. UH claro		1) Gafotima 0.25 IV															
C Propofol 12.5mg				Insuficiente 0.5% 12.5mg		2) Ondansetron 0.4mg IV															
D Fentanyl 50mcg				Ventilação espontânea		3) Midazolam 0.5mg IV															
E						X a SLPA															
F																					
G																					
GLICOSE		LIQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringe																	
NOC				Naso / Orotracheal - Cego		Lentid															
SANGUE				Sol - Temp - Calibre do Tubo		Nasal															
500g/L 150-2				Sol Mucosa		Não houve															
TOTAL		1250-2		DESCRIÇÃO TÉCNICA																	
CIRURGIA		15-45hs 20		TEMPO DE ANESTESIA																	
Limpieza de MIE																					
Larange - Espasmo - Escassez Saliva																					
Depressão Respiratória - Hipoxia																					
"Bucking" - Vômito																					
Hemorragia - Anestesia																					
Bradipcardia - Choque																					
ANESTESIA		Código		CRURGIA		PERDA SANGÜÍNEA															
Dr. Fabiano		Glebo R2		1/10 Jesus		Compotivul															
Manuelle R2																					

Dr. Alberto M. Henriques Wanderley Jr.
Médico Residente
Anestesiologia
CRM-RR 1550

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
19 JAN 2018
ANTENALACAO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Maria Antônia de Souza, 11/11/18</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>11/11/18</i>
---	--------------	------------------	-------------------------

TIPO <i>Limp. Cirúrgica Tibia (E)</i>	CIRURGIA		
	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO <i>16:17</i>	FIM <i>17:18</i>	TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO <i>Dr. Jesus</i>	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR	ANESTESISTA: <i>Robson</i>
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: <i>Robson</i>
	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA: <i>Raqui</i>	TEMPO DE DURAÇÃO: <i>Sacramento, Robson e Lourdes</i>
---------------------------------	---

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS 5x5 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.3			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>Pum</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº <i>equipe maior</i>			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº <i>filo Nº 20</i>	
1	SERINGA 0.1ML <i>cateter de 22</i>			SURGICEL	
1	SERINGA 0.3ML		1	CERA P/ OSSE <i>leaves p/ artroscopia</i>	
1	SERINGA 0.5 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML <i>afastador de 10cm</i>		1	FITA CARDIACA <i>20cm di clonidina</i>	
	<i>(Comprada pelo Paciente)</i>			OUTROS: <i>algumante</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	<i>Lourdes/Robson</i>	SUB-TOTAL	
FUNÇÃO/ARQUIVO	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	<i>Robson</i>	TAXA DE ANESTESIA	
	<i>Sacramento, Lourdes</i>	SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

Fluor. Lavagem



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRPA

NOME: Joana Antônia de Souza

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 13/11/18

Reg. 44 Idade: 44

Chargada: Bloc 3

Micromedicação: () U.T.I. 1

() Internação () U.T.I. 2

() Outros: (E)

Exame Proposto: Diagnóstico

Informações:

() Anest. () Pré-anestésico

() Miel. () Intracath

() Bando () Sangue

() Alegria () Cardiopatia

() Exames () Anestésico

() Outros

2. Estado Emocional/Mental

() Choro () Sonolento

() Agitado

() Outros: Quedado

3. Sinais Vitais:

T 36 °C P 110 bpm

FC 110 mmHg

SAT 98 % R 18 rpm

4. Condições de Pele:

TRANSOPERATÓRIO

Entrada de Sala: 16:17 Início da Cirurgia: 16:30 Início Anestesia: 17:18 Término Cirurgia: 17:18 Saída S.C.

Cirurgia Realizada: 16:17 Anestesia: 17:18 Posicionamento: Supino

Hidratação: 16:17 Antibiótico: 17:18 Hemoderivados: 17:18

SF a 0,9%: 1.500 Nome: Joana Antônia de Souza CH: 17:18

SE a 10%: 1.500 Dose: 17:18 Plasma: 17:18

Outros: 17:18 Plaquetas: 17:18

Nº de compressas oferecidas: 17:18 Antídoto Patológico: 17:18

Nº de compressas recolhidas: 17:18

Sinais Vitais:

T 36 °C P 110 bpm

SAT 98 % R 18 rpm

FC 110 mmHg

Exames na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: 17:18

Exame na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: 17:18

Exame na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: 17:18

Exame na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: 17:18

Exame na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: 17:18

Exame na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

SRPA

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Localização: Revisão

Sinais Vitais

T 36 P 110 PA 110 SPO2 98

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

1h 36

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Entradas: 17:18 CH: 17:18 SNG: 17:18 Dreno: 17:18 Drenagem: 17:18 SNG: 17:18 Outros: 17:18

Destino: SRPA () UTI () Outros: 17:18

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2013

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/Ml, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente eutro
fenda livre

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 366

SINAIS VITAIS

PA

FC

T_{med}

6 H

12 H

18 H

24 H

OF

100x60

88

36

105x70

85

36

100/60

59

36,8°

36

100/58

55

36,8°



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AMISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente atual
Apresenta

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

PA

P

R

T

6 H

08:30 12 H

18 H

24 H

107/89

96

105/70

112

120/73

64

35.9°

38.3°

37.1°

08:00h pet no leito aceitando medicações
e horários pet febre feita medicação segue
aos cuidados da Enfi. Tec. Valite.



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

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

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

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

6

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

7

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

8

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

9

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

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente eufórico
Apresenta dor

Dr. José Luiz Aguiar
CRM 10.000

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

116x74

99

17

35,5°C

100x66

92

16

35,8°C

100x60

96

-

36,3°C

66

90x60

93

-

35,7°C

204-3

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		MARIA ANTONIA FOLLY			
DIAGNÓSTICO		FRATURA TÍBIA			
ALERGIAS					
IDADE	HAS	DM2			
42	LEITO	204-3	DATA	19/11/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSV + CCGG 6/6 H				
13	Tiamel 50 mg 2x (V) 6/6h 8h.				
14					
15					
16	Francisco Junior				
17	Médico				
18					
19					
20	SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente eipad
leudo. lmp.

20/11/19

MTC a indicac

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H	120x80	54	36.6
18 H	126x74	102	36.4°C
24 H	130x82	100	35.9

PA FC T2C

1 L

+ PCT em LIT, deambulando com auxílio
e SSV 1.2.1. e segue aos cuidados
da enfermeira.

Denisson Braga
COREN-RR COL105.031 TE

+ T2C em LIT
Denisson Braga
COREN-RR COL105.031 TE

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Maria Antônia Felix de Souza

DATA DE NASCIMENTO: 08.10.1974

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE							
DATA: <u>24/10/2018</u>							
Nº BOLSA: <u>0114181001013</u>		VOLUME: <u>10 ml</u>					
BOLSA: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>						
PACIENTE: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>						
SINAIS VITAIS:							
INICIO: <u>13:45</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>98/50</u>	P: <u>84</u>	FR: <u>14</u>			
MEIO (15MIN): <u>14:00</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>92/53</u>	P: <u>81</u>	FR: <u>14</u>			
FIM: <u>14:16</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>88/43</u>	P: <u>80</u>	FR: <u>14</u>			
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Quênia L. Gomes</u>							
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dra. Mariana</u> CRM: <u>308</u>							

Visto pela
Hemovigilância

COREN
Dra. Mariana
Anestesiologista
CRM/RR - 308

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE							
DATA: <u>24/10/2018</u>							
Nº BOLSA: <u>0114181010017</u>		VOLUME: <u>389 ml</u>					
BOLSA: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>						
PACIENTE: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>						
SINAIS VITAIS:							
INICIO: <u>14:26</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>118/42</u>	P: <u>105</u>	FR: <u>14</u>			
MEIO (15MIN): <u>14:40</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>118/42</u>	P: <u>105</u>	FR: <u>14</u>			
FIM: <u>14:50</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>118/42</u>	P: <u>105</u>	FR: <u>14</u>			
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Quênia L. Gomes</u>							
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dra. Mariana</u> CRM: <u>308</u>							

COREN
Dra. Mariana
Anestesiologista
CRM/RR - 308

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE							
DATA: <u>24/10/18</u>							
Nº BOLSA: <u>0114181010035</u>		VOLUME: <u>200 ml</u>					
BOLSA: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>						
PACIENTE: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>						
SINAIS VITAIS:							
INICIO: <u>15:40</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>92/47</u>	P: <u>101</u>	FR: <u>12</u>			
MEIO (15MIN): <u>16:00</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>90/63</u>	P: <u>102</u>	FR: <u>13</u>			
FIM: <u>17:00</u>	h. T: <u>-</u>	PA: <u>101/65</u>	P: <u>100</u>	FR: <u>14</u>			
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Bertha Ribeiro</u>							
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dra. Mariana</u> CRM: <u>RR 308</u>							

COREN

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE							
DATA: <u> / / </u>							
Nº BOLSA: <u> </u>		VOLUME: <u> </u>					
BOLSA: ABO: <u> </u>	FATOR Rh: <u> </u>						
PACIENTE: ABO: <u> </u>	FATOR Rh: <u> </u>						
SINAIS VITAIS:							
INICIO: <u> </u>	h. T: <u> </u>	PA: <u> </u>	P: <u> </u>	FR: <u> </u>			
MEIO (15MIN): <u> </u>	h. T: <u> </u>	PA: <u> </u>	P: <u> </u>	FR: <u> </u>			
FIM: <u> </u>	h. T: <u> </u>	PA: <u> </u>	P: <u> </u>	FR: <u> </u>			
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u> </u>							
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u> </u> CRM: <u> </u>							

COREN

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA





GOVERNO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIAL
SECRETARIA DE ESTADO EM SAÚDE

NOME: NANIN

ANTONIO TEN

RECEBUEIRO

Bo fimanciam
15

Gr. Furtur esporad
perme e.

R. ANALCOTI.
ALORCANOM
Tornado

DATA 18/12/10

Dr. José de Lópes Aguiar
CRM-RS 566
Secretaria de Estado

CLÍNICA ESPECIALIZADA GEMOPEL NOTA
Rua Coronel Melo 536 - Condomínio Vista del
1275 BRUNO - LSA - CAPU 84-11-1-1111111111



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: PAAR

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

Leito: NÃO INFORMADO

Amostra: 1004355103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

Resultado

Referência

LEUCÓCITOS

19.28 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

NEUTRÓFILOS

71.60 %

50.0 - 70.0 %

LINFÓCITOS

19.70 %

20.0 - 40.0 %

MONÓCITOS

4.50 %

3.0 - 12.0 %

EOSINÓFILOS

4.00 %

0.5 - 5.0 %

BASÓFILOS

0.20 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

3.85 x10⁶/uL

3.9 - 5.03 x10⁶/uL

HEMOGLOBINA

10.90 g/dL

12.0 - 16.0 g/dL

HEMATÓCRITO

34.40 %

35.0 - 45.0 %

VCM

89.30 ug/L

77.0 - 101.0 ug/L

HCM

28.30 pg

27.0 - 34.0 pg

CHCM

31.70 g/dL

28.0 - 33.0 g/dL

RDW CV

12.30 %

11.0 - 16.0 %

RDW SD

46.50 fL

35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

236.00 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/uL

VPM

9.60 fL

6.5 - 12.0 fL

ADP

16.00

9.0 - 17.0

PCT

0.226 %

1.08 - 2.82 %

Sumaira Lima dos Reis

Bioquímico

CRF-RR 465

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página 1 de 4



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Sector: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

TGP

Resultado de Exame

33.68 U/L

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

41.15 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

2.79 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M12 - Verde De Bromocresol

ALBUMINA SÉRICA

Resultado

3.99 g/dL

Referência

3.5 - 5.5 g/dL

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de lipemia, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

IONOGRAMA

Material: SORO

Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo

CÁLCIO IÔNICO

Resultado

1.08 mmol/L

Referência

1.17 - 1.32 mmol/L

POTÁSSIO

3.70 mmol/L

3.5 - 5.1 mmol/L

SÓDIO

141.00 mmol/L

135.0 - 145.0 mmol/L

CLORO

106.00 mmol/L

98.0 - 107.0 mmol/L

Thaylôr O. Taveiro Santos

Bioquímico
CRF-RR 593

Responsável Técnico: Rainaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3368 - Aeroporto
CEP: 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página: 4 de 4



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER.



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

Amostra: 1004355102

Resultado de Exame

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

Resultado

Referência

TEMPO DE PRÓTROMBINA

11,30 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

0,98

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

22,60 seg

25,0 - 39,0 seg

RATIO

0,71

0,75 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Sumaika Lima dos Reis

Bioquímico

CRF-RR 465

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página 2 de 4



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Sector: PAAR

Recebimento:

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Amostra: 1004355101

Resultado de Exame

DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)

Resultado

Referência

BILIRRUBINA TOTAL

0.25 mg/dL

0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

0.12 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

0.13 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

Resultado

Referência

CREATININA

1.01 mg/dL

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

Resultado

Referência

LDH

524.58 U/L

200.0 - 480.0 U/L

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

Referência

GLICOSE BASAL

134.31 mg/dL

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

Resultado

Referência

TGO

76.42 U/L

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

Resultado

Referência

Thaylora O. Taveiro Santos

Bioquímico

CRF-RR 593

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página 3 de 4

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Endereço: Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
9.310-095 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(95) 2121 - 0640
lab@yahoo.com.br



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER



Laboratório
Boa Vista

Paciente: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Dr(a): BRUNO THIAGO

Data da Entrada: 11/03/2019

Acomodação/leito C RG:

Pedido: 010015450

Idade: 44A 7M 1D

Convênio: PARTICULAR

CPF:

Hemograma Completo

Data de Coleta: 11/03/2019 14:59

Material biológico: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	3,58 milh./mm ³
Hemoglobina.....	9,3 g/dL
Hematócrito.....	30,5 %
V.C.M.....	85,2 fL
H.C.M.....	26,0 pg
C.H.C.M.....	30,5 g/dL
R.D.W.....	17,0 %

Valores Referenciais

4,04 a 6,5

12,2 a 18,1

35,5 a 53,7

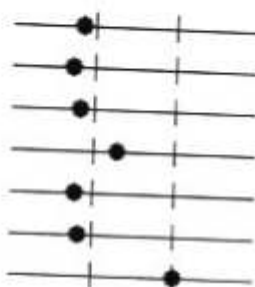
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

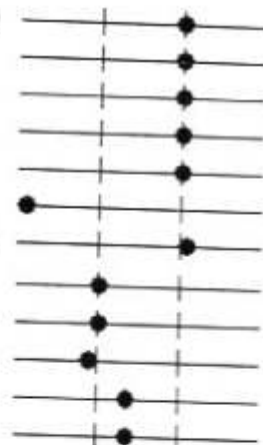
Método: Automatizado



SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³
Leucócitos.....		15.350
Blastos.....	0	0
Pró-mielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Segmentados.....	90	13.815
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	7	1.075
Linfócitos Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3	461
Plaquetas.....	251.000	mm ³

%	/mm ³
	4.600 a 10.200
0	0
0	0
0	0
0	0
1 a 5	150 a 600
30 a 60	1.380 a 6.120
0 a 7	0 a 714
0 a 2	0 a 204
25 a 45	1.150 a 4.590
0	0
0 a 12	0 a 1.224
	140 a 400.000 /mm ³



V.P.M..... 8,5

7,0 a 10,0

Observação: Discreta Eritropenia, Presença de Hemácias Hipocrômicas (++), Presença de Hemácias Microcíticas (+), Aumentada Leucocitose e Aumentada Neutrofilia.

Indira Ohsana Ferreira Souza
CRF/RR 733

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300
Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR
Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br



Laboratório Boa Vista

Paciente: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Dr(a): HENRIQUE JOSE SCHIAVETO

Data da Entrada: 12/03/2019

Acomodação/leito C 13 RG:

Pedido: 010015465

Idade: 44A 7M 2D

Convênio: PARTICULAR

CPF:

Hemograma Completo

Data de Coleta: 12/03/2019 08:03

Material biológico: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	3,34 milh./mm ³
Hemoglobina.....	8,9 g/dL
Hematócrito.....	28,0 %
V.C.M.....	83,8 fL
H.C.M.....	26,6 pg
C.H.C.M.....	31,8 g/dL
R.D.W.....	16,5 %

Valores Referenciais

4,04 a 6,5

12,2 a 18,1

35,5 a 53,7

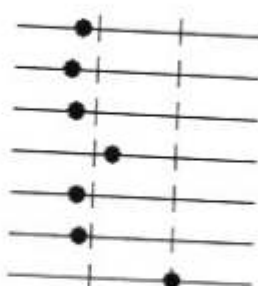
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

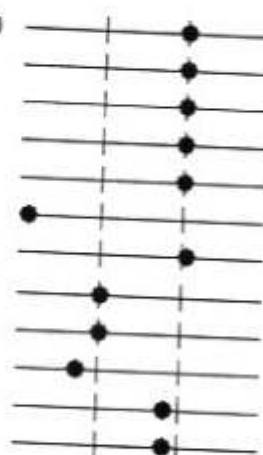
Método: Automatizado



SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³
Leucócitos.....		14.720
Blastos.....	0	0
Pró-mielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Segmentados.....	87	12.806
Eosinófilos.....	0	0
Neutrófilos.....	0	0
Linfócitos.....	6	883
Linfócitos Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	7	1.030

%	/mm ³
4.600 a 10.200	
0	
0	
0	
0	
0	
1 a 5	150 a 600
30 a 60	1.380 a 6.120
0 a 7	0 a 714
0 a 2	0 a 204
25 a 45	1.150 a 4.590
0	0
0 a 12	0 a 1.224



Plaquetas..... 223.000 mm³

140 a 400.000 /mm³

V.P.M..... 9,2

7,0 a 10,0

Observação: Discreta Eritropenia, Presença de Hemácias Hipocrômicas (+), Presença de Raras Hemácias Microcíticas, Aumentada Leucocitose e Aumentada Neutrofilia.

Indira Ohsana Ferreira Souza
CRF/RR 733

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300
Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR
Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br



Av. Mario Homem de Melo, 5435
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85
CNS: 6633668

Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
Medico: NÃO INFORMADO

Pedido: 0040011314
Idade: 44ano(s)
Coleta: 22/01/2019

EXAME: HEMOGRAMA

METODO: Automatizado
AMOSTRA: Sangue total (EDTA)

Eritrograma:

Hemácias: 3.99 mm³
Hemoglobina: 9,0 g/dl
Hematócrito: 31,3 %
V.C.M.: 78,45 fl
H.C.M.: 22,56 pg
C.H.C.M.: 28,75 %
RDW: 14,4 %

Intervalo de Referência :

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 ⁶ /mm ³	4,5 a 5,9 x 10 ⁶ /mm ³
12 a 16 g%	13,5 a 17,5 g%
35 a 46 %	41 a 53 %
80 a 100 fl	80 a 100 fl
26 a 34 pg	26 a 34 pg
31 a 36 %	31 a 36 %
11,5 a 15 %	11,5 a 15 %

Leucograma:

Global: 5.620 / mm³

3,5 a 10 x 10³/mm³

Diferencial	%	mm ³
Neut. Metamielocitos.:	%	
Neut. Bastonetes.....:	0,0 %	0
Neut. Segmentados.....:	45,9 %	2.580
Eosinófilos.....:	2,2 %	124
Basófilos.....:	0,5 %	28
Linfócitos.....:	44,0 %	2.470
Monócitos.....:	7,4 %	416
Blastos.....:	0,0 %	0

...mm ³ ...
0 a 0
Ate 840
1.700 a 8.000
50 a 500
Ate 100
900 a 2.900
300 a 900
0 a 0

Plaquetas.....: 363.000 mm³

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

Anemia normocrômica normocítica

Damares Sales P. Ribeiro
Farmacêutica-Bioquímica
CRF/RR-464

PACIENTE: **MARIA ANTÔNIA FELIX DE SOUSA**
IDADE: **44 anos**
MÉDICO SOLICITANTE: **Dr. Henrique**

EXAME Nº.: **548**
DATA: **31/01/2019**

ARTERIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Exame realizado pela técnica de *Seldinger* por punção percutânea da artéria femoral esquerda e posterior cateterismo seletivo das artérias ilíacas comuns, evidenciando-se:

Bifurcação aorto-iliaca de aspecto anatômico.

Artérias ilíacas comum, externa, interna, femorais comum, superficial, profunda e poplítea pèrvias, com trajeto, calibre e contornos normais.

Tronco tibio-fibular, artéria tibial posterior e arco plantar do pé pèrvios, sem alterações aparentes.

Oclusão no terço distal da artéria tibial anterior (nível da fratura metafisária distal da tibia).

Oclusão no terço proximal da artéria fibular com reenchimento retrogrado do terço distal por colaterais.

Artéria pediosa não opacificada.

OBS.: Fratura do terço proximal e distal da diáfise da fíbula e metáfise distal da tibia. Fratura comitativa com fragmento em asa de borboleta no terço proximal da diáfise da tibia.

Presença de fixador externo na tibia.



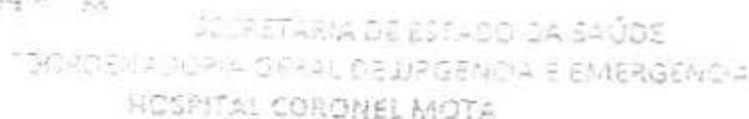
Dr. Marcelo Botelho de Oliveira

Radiologista
CRM 682 /RR



Dr. Camilo Botelho de Oliveira

Radiologista
CRM 1355/RR



PACIENTE Marise Antonio Felix de Souza PRONTUARIO 219094-08
IDADE 44 SEXO F TELEFONE 99116-2815
NOME DO MEDICO 99163-8288

Pte vítima de acidente v/ moto em 24/10/18 (sic) refun-
do fraturas de MIE, exposta, com perda de
peli circularmente, em desbridamento final
Encontra-se no ambulatório de Tratamento
de Feridas (v/ hope) e poderá continuar até gran-
de, por ter área de exerto de músculo
(sic) e, por isso, já deverá ser avaliado pela Ciru-
gia Plástica para propiciar ex^{por} MIE
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Perda de substância circular e CID.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Perda de substâncias circulares e SID

ENCAMINHAMENTO A ESPECIALIDADE: Cir. Plástica CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO

MEDICO: Hunter MS CRAC: 638

Ruthene Gifford Mc...

[Handwritten signature]

DATE 28/11/18

AGGIORNAMENTO

ALFA ROMEO STORIA



LOTTY IRIS

RECIBO

R\$ 6.800,00

Recebi da acompanhante da paciente Srª MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA, a importância de R\$ 6.800,00 (Seis mil e oitocentos reais), como pagamento de estimativa, para fazer o procedimento cirúrgico: RETALHO MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR, solicitada pelo Dr. HENRIQUE SCCHIAVETO.

Boa Vista-RR. 11 de Março de 2019.



Berenice Medeiros
Fisioterapeuta
HOSPITAL LOTTOMED
CNPJ 11.509.468/0001-22

TERMO DE CIÊNCIA

O presente orçamento é elaborado conforme o relatório médico ou informação verbal do paciente, fornecido previamente à realização do procedimento cirúrgico. Portanto, **representa apenas uma estimativa do montante total** a ser despendido com procedimento hospitalar descrito. Assim, o valor total apresentado está sujeito a alterações na eventualidade de ajuste de conduta médica, intercorrências e/ou outros tratamentos/procedimentos não previstos neste orçamento, os quais dependerão do diagnóstico clínico do paciente no decorrer da permanência hospitalar, tratamento médico e/ou intervenção cirúrgica, assim como os materiais/equipamentos/procedimentos adicionais que venham a ser solicitados pela equipe médica responsável.

Este orçamento teve como base:

☒ (x) Informação verbal

☐ () Prescrição médica

Encontram-se **EXCLUÍDOS** do presente orçamento os itens relacionados abaixo:

- Exames de qualquer natureza, incluídos os laboratoriais e os diagnósticos de imagem;
- Atendimentos profissionais especializados não prescritos no relatório médico;
- Órteses, próteses e materiais ortopédicos não solicitados pela equipe médica;
- Nutrição Enteral e/ou parenteral;
- Medicamentos e equipamentos para fins quimioterápicos;
- Hemoderivados;
- Vacinas e medicações sem correlação com o processo patológico;

O pagamento pelo serviço hospitalar prestado poderá ser efetuado através das formas indicadas abaixo:

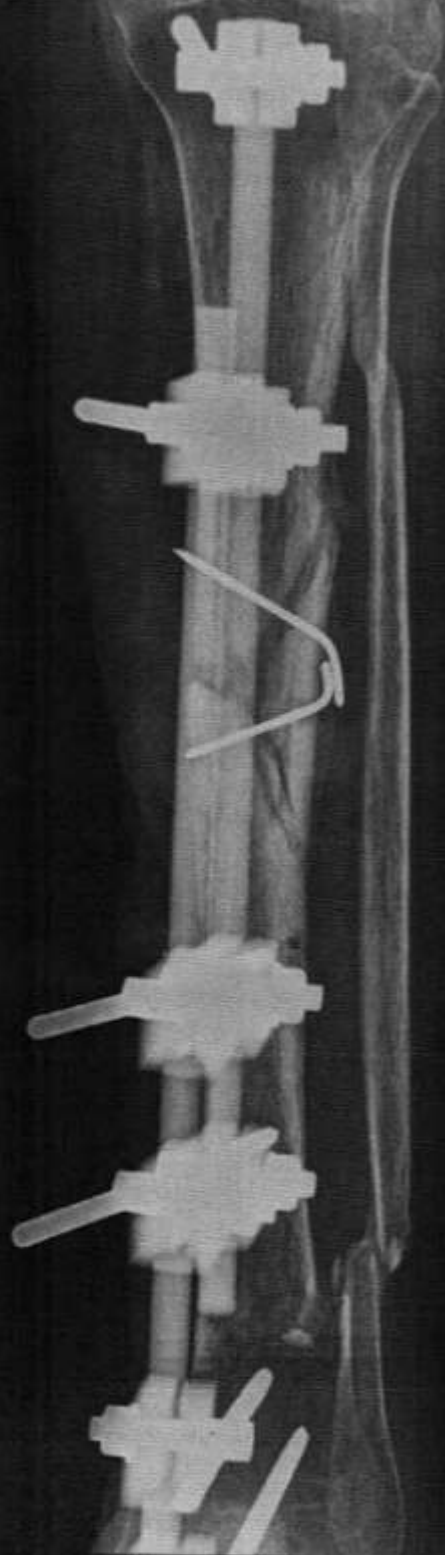
- Dinheiro (10% Desconto das taxas)
- Cartão de débito (10% Desconto das taxas)
- Cartão de crédito até 6x
- Cartão de crédito 3x 4% de desconto

O valor da estimativa tem que ser deixado no financeiro com 48hrs que antecede a internação para o referido procedimento. O montante pode ser em espécie, transferência bancária cartão de crédito em até 6x, cartão de débito e ao final da internação ser apurado o valor real.

Taxa administrativa de 32% do valor total da conta.

OBS: A taxa administrativa corresponde ao preenchimento da documentação necessária de abertura ou arquivamento do prontuário, reserva e preparo da acomodação para o paciente, serviço de higienização, nutrição, lavanderia, auditoria de conta e administração hospitalar, colocando a disposição do paciente toda a infraestrutura do Hospital Lotty Íris.

Validade do orçamento - 30 dias.



E





06/05/2019

88.6%

06/06/2019

88.6%

MARIA ANTONIA SOUSA

5991

HOSPITAL CORONEL MOTA



E



MARIA ANTONIA FELIX

3806

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/05/2020

Vilson

61.7 %

E



MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA 1186

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson

E



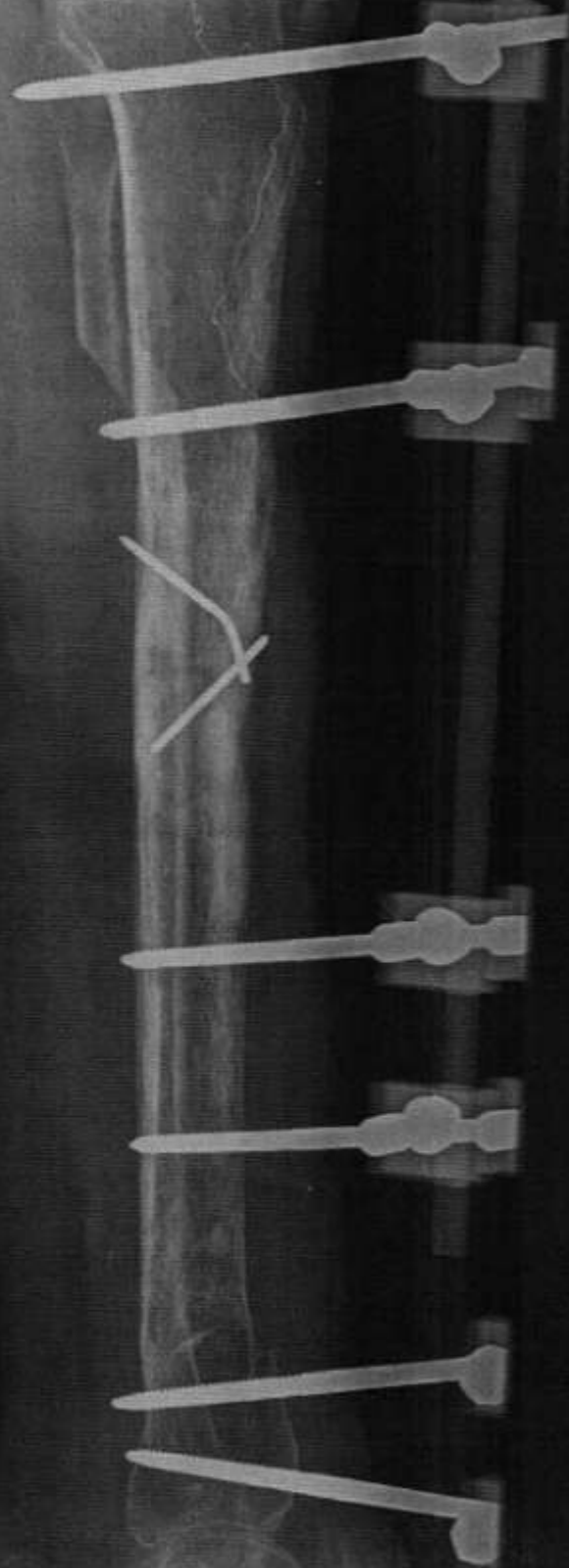
MARIA ANTONIA FELIX
HOSPITAL CORONEL MOTA

12422
29/10/2019

Vilson

61.7%

D



MARIA ANTONIA FELIX

10661

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/09/2019

Fabiola Castro

61.7 %



GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
DEPARTAMENTO RADIODIAGNÓSTICO

NOME: MARIA ANTONIA FELIX

IDADE:

SEXO: F

REG.: 4938

DATA: 31.07.2020

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. CARLOS ENRIQUE

EXAME: RX. ESCANOMETRIA

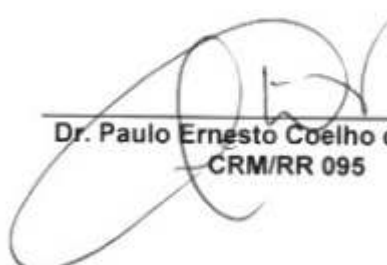
LAUDO MÉDICO

Membro inferior direito: 73.6cm Membro inferior esquerdo: 73.5cm

- O membros inferiores equalizados, segundo "método Farril".

- Correlacionar com dados clínicos.

Dra. Anna Paula de Castro Machado
CRM/RR1672



Dr. Paulo Ernesto Coelho de Oliveira
CRM/RR 095



MARIA ANTONIA FELIX
HOSPITAL CORONEL MOTA

4938
31/07/2020

Vilson

57 1 %



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME Dr. Autaia Felix de Souza RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente com quadro de
Tx Espsta Tibia @ ha
22 meses com perda de
tecido
condicionando deficiência física

DATA 11/08/2020

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 536 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



MARIA ANTONIA FELIX

4938

HOSPITAL CORONEL MOTA

31/07/2020

Vilson

66.6 %



MARIA ANTONIA FELIX DE S.

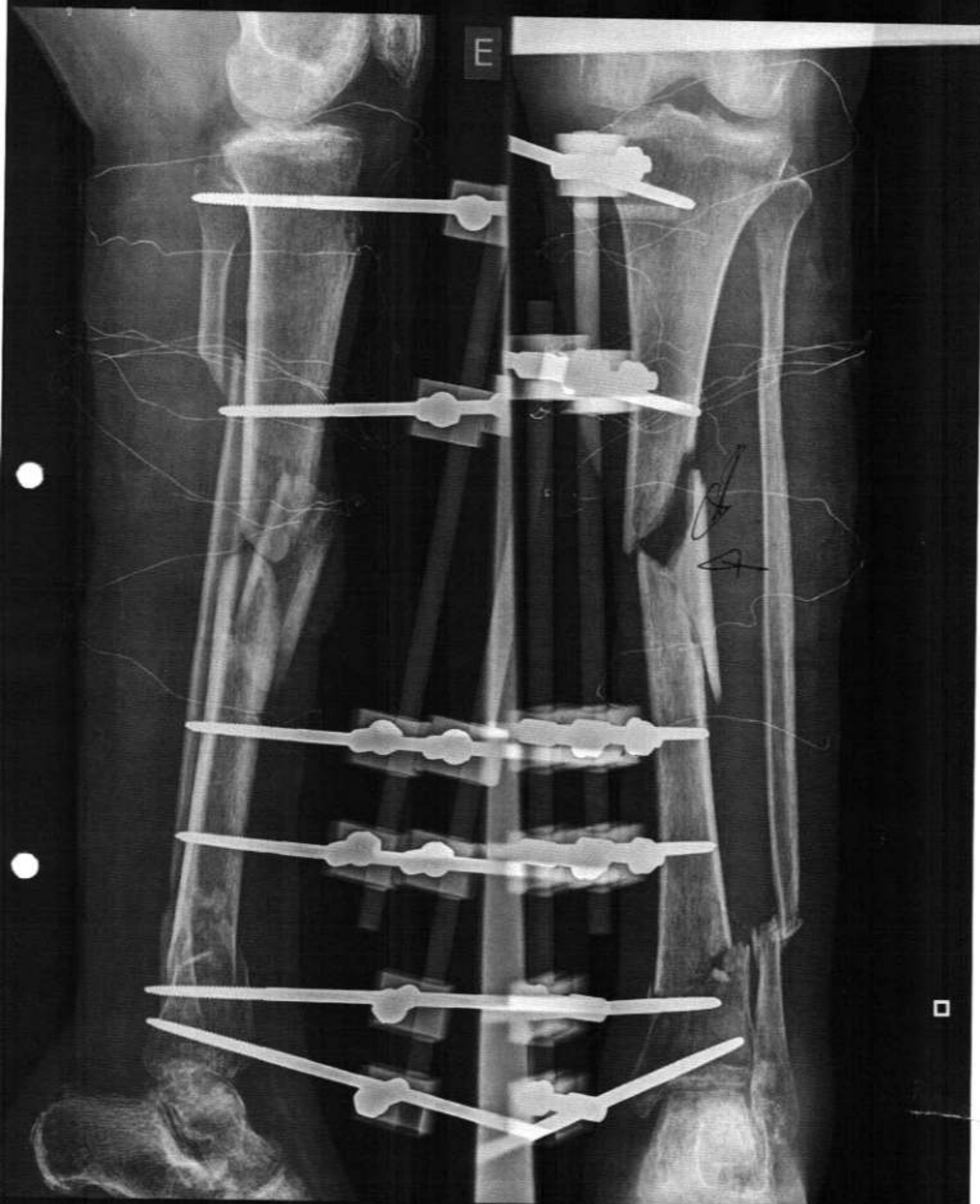
138

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/01/2019

Vilson

66.6 %



MARIA A FELIX

1750

HOSPITAL CORONEL MOTA

20/02/2019

Cloudoaldo

57.2 %





E



□

X

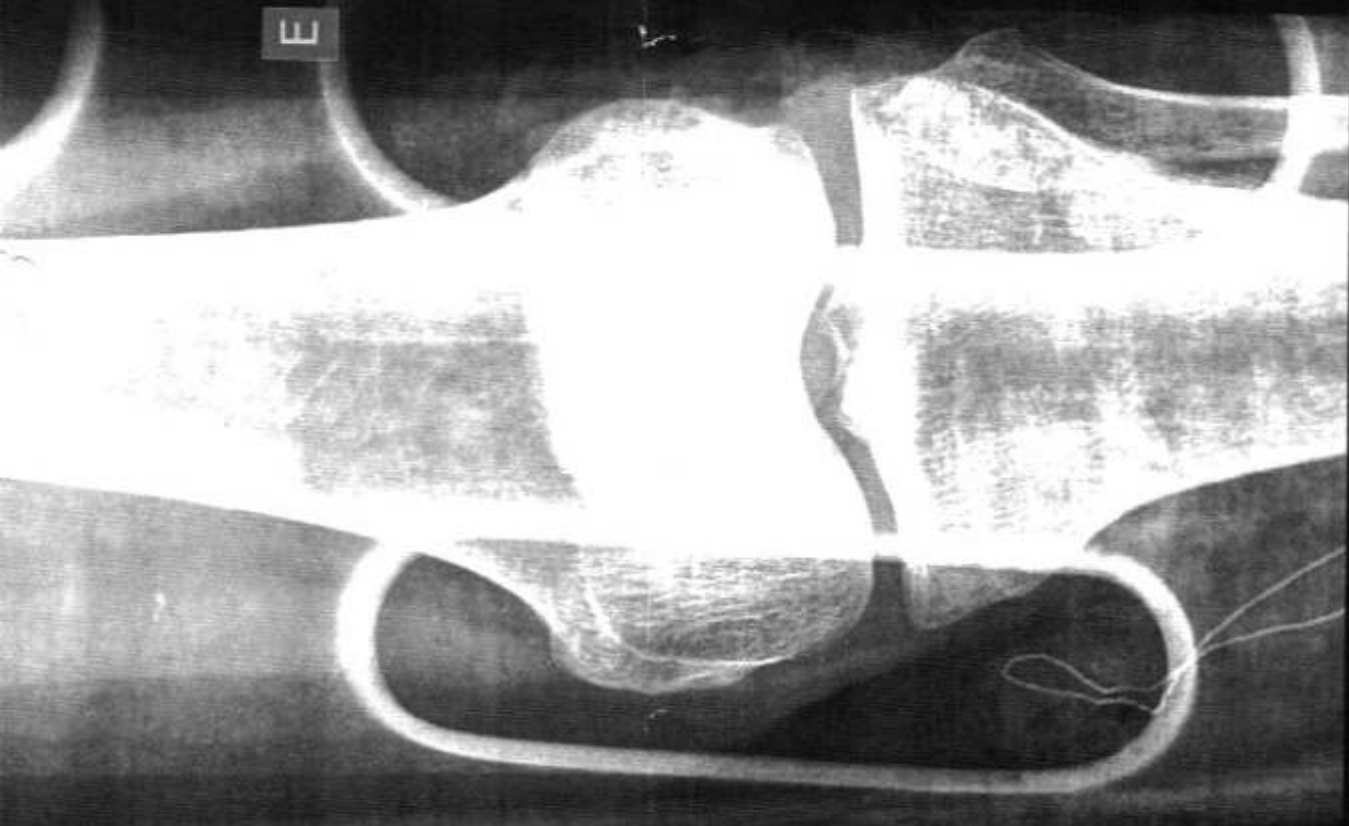
MARIA ANTONIA FELIX

24/10/2018 08:39:28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

85.3 %





83.1 %

24/10/2018 08:39:28

80.9 %

24/10/2018 08:39:28

MARIA ANTONIA FELIX

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



9.2 % 24/10/2018 08:39:28

MARIA ANTONIA FELIX

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



54.4 % 24/10/2018 08:39:28



E



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE BREVADO DA SEGURANÇA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DO

Polysar Expansion

Infusoria antechinus plus de 5000

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

01/07/2016

MARIA ANTÔNIA FÉLIX DE SOUSA

1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100
2101
2102
2103
2104
2105
2106
2107
2108
2109
2110
2111
2112
2113
2114
2115
2116
2117
2118
2119
2120
2121
2122
2123
2124
2125
2126
2127
2128
2129
2130
2131
2132
2133
2134
2135
2136
2137
2138
2139
2140
2141
2142
2143
2144
2145
2146
2147
2148
2149
2150
2151
2152
2153
2154
2155
2156
2157
2158
2159
2160
2161
2162
2163
2164
2165
2166
2167
2168
2169
2170
2171
2172
2173
2174
2175
2176
2177
2178
2179
2180
2181
2182
2183
2184
2185
2186
2187
2188
2189
2190
2191
2192
2193
2194
2195
2196
2197
2198
2199
2200
2201
2202
2203
2204
2205
2206
2207
2208
2209
2210
2211
2212
2213
2214
2215
2216
2217
2218
2219
2220
2221
2222
2223
2224
2225
2226
2227
2228
2229
2230
2231
2232
2233
2234
2235
2236
2237
2238
2239
2240
2241
2242
2243
2244
2245
2246
2247
2248
2249
2250
2251
2252
2253
2254
2255
2256
2257
2258
2259
2260
2261
2262
2263
2264
2265
2266
2267
2268
2269
2270
2271
2272
2273
2274
2275
2276
2277
2278
2279
2280
2281
2282
2283
2284
2285
2286
2287
2288
2289
2290
2291
2292
2293
2294
2295
2296
2297
2298
2299
2300
2301
2302
2303
2304
2305
2306
2307
2308
2309
2310
2311
2312
2313
2314
2315
2316
2317
2318
2319
2320
2321
2322
2323
2324
2325
2326
2327
2328
2329
2330
2331
2332
2333
2334
2335
2336
2337
2338
2339
2340
2341
2342
2343
2344
2345
2346
2347
2348
2349
2350
2351
2352
2353
2354
2355
2356
2357
2358
2359
2360
2361
2362
2363
2364
2365
2366
2367
2368
2369
2370
2371
2372
2373
2374
2375
2376
2377
2378
2379
2380
2381
2382
2383
2384
2385
2386
2387
2388
2389
2390
2391
2392
2393
2394
2395
2396
2397
2398
2399
2400
2401
2402
2403
2404
2405
2406
2407
2408
2409
2410
2411
2412
2413
2414
2415
2416
2417
2418
2419
2420
2421
2422
2423
2424
2425
2426
2427
2428
2429
2430
2431
2432
2433
2434
2435
2436
2437
2438
2439
2440
2441
2442
2443
2444
2445
2446
2447
2448
2449
2450
2451
2452
2453
2454
2455
2456
2457
2458
2459
2460
2461
2462
2463
2464
2465
2466
2467
2468
2469
2470
2471
2472
2473
2474
2475
2476
2477
2478
2479
2480
2481
2482
2483
2484
2485
2486
2487
2488
2489
2490
2491
2492
2493
2494
2495
2496
2497
2498
2499
2500
2501
2502
2503
2504
2505
2506
2507
2508
2509
2510
2511
2512
2513
2514
2515
2516
2517
2518
2519
2520
2521
2522
2523
2524
2525
2526
2527
2528
2529
2530
2531
2532
2533
2534
2535
2536
2537
2538
2539
2540
2541
2542
2543
2544
2545
2546
2547
2548
2549
2550
2551
2552
2553
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
2565
2566
2567
2568
2569
2570
2571
2572
2573
2574
2575
2576
2577
2578
2579
2580
2581
2582
2583
2584
2585
2586
2587
2588
2589
2590
2591
2592
2593
2594
2595
2596
2597
2598
2599
2600
2601
2602
2603
2604
2605
2606
2607
2608
2609
2610
2611
2612
2613
2614
2615
2616
2617
2618
2619
2620
2621
2622
2623
2624
2625
2626
2627
2628
2629
2630
2631
2632
2633
2634
2635
2636
2637
2638
2639
2640
2641
2642
2643
2644
2645
2646
2647
2648
2649
2650
2651
2652
2653
2654
2655
2656
2657
2658
2659
2660
2661
2662
2663
2664
2665
2666
2667
2668
2669
2670
2671
26

1991-1992

FOR ALL THE OTHERS

10

600' 60"

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303293 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA EM ASA DE BORBOLETA NO TERÇO PROXIMAL DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA, EVOLUINDO COM NECROSE DE PELE. P6/28/58
FRATURAS NOS TERÇOS PROXIMAL E DISTAL DA DIÁFISE DA FÍBULA ESQUERDA. P58

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P4/6/17/28/41/62/64/73 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237952/20

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

CPF: 629.003.902-49

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/10/2018

Titular do CPF: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA : 629.003.902-49

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: 24/08/2020
Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
CPF: 629.003.902-49

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237952/20

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

CPF: 629.003.902-49

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA : 629.003.902-49

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: 24/08/2020
Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
CPF: 629.003.902-49

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303293

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

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, contados 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

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303293

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **000010031714-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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:

4 - Nome completo da vítima:

629.003.902-49

Maria Antonia Filiz de Sousa

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

Rua Elida Seabra Guedes
Boa Vista

629.003.902-49

16

69.313-770

95-992437967

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 31-714

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (ou nascidos)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 24 de Junho de 2020

Maria Antonia Filiz de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2018 11:51:09 Data/Hora Fim: 24/10/2018 11:51:09
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I Data: 24/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/10/2018 06:40 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caraná

Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo

Complemento: esquina com Rua SDPM Dinago da Silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1222: HOMICÍDIO CULPOSO NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. Não Houve
302 DA LEI 9.503/1997 - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WESLEY DENNER SANTOS DE SOUZA (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: União Estável

Idade: 26

Documento(s)

RG: 3397831

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Armando Nogueira

Bairro: Asa Branca

Nº: 2450

Nome Civil: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG: 166221

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Rui Baraúna

Bairro: união

Nome Civil: JOSÉ BARROSO DE SOUSA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado(a)

Idade: 52



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 18/06/2020 10:32:26

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

Documento(s)

RG: 82099

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Hilda Sobral Guedes
Bairro: União

Nº: 16

Nome Civil: OTAVIO MIGUEL SANTOS DE FARIAS (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG: 459323

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Austria
Bairro: Cauamé

Nº: 375

Razão Social: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM informa que estavam em patrulhamento de rotina quando deparam-se com um acidente de trânsito no endereço acima citado. Que foram informados que **WESLEY DENNER (CNH nº 05888593280)** que conduzia o **Chevrolet Corsa Super de cor cinza, placas JWN-6421** e trafegava na Av. CARLOS PEREIRA DE MELO sentido CENTRO>BAIRRO quando na rotatória com a RUA SD PM DJANGO DA SILVA houve o abaloamento com a motocicleta **Honda NXR BROS de cor vermelha e placa NAV-8638**, que era conduzido por **JOSE BARROSO DE SOUSA (CNH nº 02336102934)** e tinha a Srª **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA** como passageira, e trafegava na RUA DJANGO DA SILVA sentido BAIRRO TANCREDO NEVES. Informa ainda que o SAMU foi acionado e fez atendimento no Srº **JOSE**, e após varias tentativas de RCP, foi atestado o óbito do mesmo. Que a Srª **MARIA** foi removida ao PSE/HGR em estado grave. Que o local foi isolado e acionado a Perícia do IC-PCRR, que foi realizado pela equipe do Perito **LISANDRO**. Que após o corpo da vítima, Srº **JOSE**, foi removido pelo IML. No local foi oferecido à **WESLEY DENNER** o teste do etilômetro, tendo em vista que o mesmo apresenta sinais/sintomas de estar sob influencia de álcool (odor de álcool, olhos vermelhos, dispersão), sendo recusado, onde foi necessário confeccionar Termo de Constatação de Sinais de Alteração da Capacidade Psicomotora T151 Nº 002035 e auto de infração A157 Nº012317. Que os veículos estavam com o licenciamento em atraso, porém, foram liberados no local devido a falta de meios para a remoção. Sendo que o Chevrolet Corsa ficou na responsabilidade do Srº **WENDER PHAULER SANTOS DE SOUZA, CNH:04591600404**, e a motocicleta Honda Bros ficou na responsabilidade do sobrinho da vítima o Srº **THIAGO FELIPPE FELIX SOUZA, CNH:04940584613**. Que foi realizado os procedimentos administrativos. Por fim, informa que, diante dos fatos acima expostos, foi dada voz de prisão à **WESLEY DENNER SANTOS DE SOUZA** e conduzido à esta delegacia para as providencias cabíveis. Era o que tinha a informar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Agente de Polícia

Matrícula 042000925

Responsável pelo Atendimento

Maria Antonia Felix de Sousa

Vítima

*Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que sou responsável civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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:

4 - Nome completo da vítima:

629.003.902-49

Maria Antonia Filiz de Sousa

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

Rua Elida Seabra Guedes
Boa Vista

629.003.902-49

16

69.313-770

95-992437967

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 31-714

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (ou nascitor)?

☐ 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

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 24 de Junho de 2020

Maria Antonia Filiz de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010031714-6

Nr. da Autenticação F63623B71EA3D769