

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

MANOEL JOSÉ DOS SANTOS NETO, brasileiro, casado, entregador, portador da Cédula de Identidade nº 548832134 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 028.264.035-59, residente e domiciliado na Rua Cruzeiro do Sul, nº 639, Bairro: Silvio Leite, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

RAFAELA SANTANA NOGUEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1654, com escritório na Avenida Adalberto Bezerra de Menezes, nº 1458, Bairro Caçari, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 24 de Outubro de 2018.


OUTORGANTE

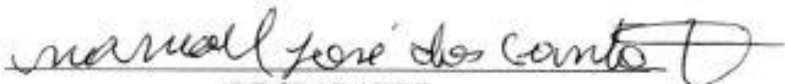
OK

DECLARAÇÃO

MANOEL JOSÉ DOS SANTOS NETO, brasileiro, casado, entregador, portador da Cédula de Identidade nº 548832134 SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 028.264.035-59, residente e domiciliado na Rua Cruzeiro do Sul, nº 639, Bairro: Silvio Leite, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fê.

Boa Vista-RR, 24 de Outubro de 2018.


DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980195215

NOME
MANOEL JOSE DOS SANTOS NETO

CPF
028.264.895-59

DATA NASCIMENTO
28/02/1994

PLACA
MANOEL JOSE DOS SANTOS
PIRAC

DATA SENHORA DE JURE

REGISTRO
05.05.194104

VALIDADEZ
26/11/2019

PRIMEIRO
07/03/2014

OBSERVAÇÃO

Manoel Jose dos Santos Neto
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
11/03/2015

16823350056
8826635248

DETRAN-RR (RORAIMA)

PRIMEIRO PLASTIFICAR

980195215

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012199022368 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EN SEGURO		DATA EMISSÃO									
2017		25/05/2017									
PLACA		PLACA									
01-0244267-1/1/2001-30		Nº 072441									
PLACAM		MARCA/MODELO									
01076630801		HONDA/PC 125 TARGO XS									
ANO/FAB		RECLASS									
2014		9P2H4330F001005									
PREMIO TARIFARIO											
TAR (R\$)		PREMIO SEGURO (R\$)									
1401,29		1401,29									
TAR (R\$) - 10%		TAR (R\$) - 10%									
1261,16		1261,16									
PREMIO		DATA EMISSÃO									
1261,16		23/02/2017									
☒ CANCELADO		☐ PARCELA DO									
SEGURADORA LIDER - DPVAT <tr> <td colspan="4">CNPJ 09.243.609/0001-02 <tr> <td colspan="4">www.seguradoralider.com.br</td> </tr> </td></tr>				CNPJ 09.243.609/0001-02 <tr> <td colspan="4">www.seguradoralider.com.br</td> </tr>				www.seguradoralider.com.br			
CNPJ 09.243.609/0001-02 <tr> <td colspan="4">www.seguradoralider.com.br</td> </tr>				www.seguradoralider.com.br							
www.seguradoralider.com.br											

150400171701



TELEFONIA MOVEL ADETA SA
CNPJ: 16.050.111/0001-90
RUA CARLOS DE CARVALHO, 111
MORRIS - CEP: 13.044-000
RUA VISTA - MOVEL - 13044-000

PAG. 1 / 14

MANOEL JOSE DOS SANTOS NETO
RUA CRUZEIRO DO SUL, 639
BRASILIA - DF
69314-224 BDA VISTA-RS

Referencia
JUNHO /2018

Telefone
(95) 3627-5571

Vencimento
10/07/2018

Total a pagar
R\$ 164,34

Resumo da sua fatura



OI VELOX..... R\$ 77,94
OUTROS PLANOS E SERVIÇOS MOBILIS
ATIVIDADES • BROAD • EDCIA



OI FIXO..... R\$ 65,40
OUTROS PLANOS E SERVIÇOS LOCAL
SERVIÇOS DIGITAIS

Email - R.B de Melo - Outlook

<https://outlook.live.com/mail/deeplink>

↓ Baixar Ocultar email Imprimir
SINISTRO 3180158584 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL JOSE DOS SANTOS NETO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MANOEL JOSE DOS SANTOS NETO

CPF/CNPJ: 02826403559

Posição em 30-10-2018 09:15:34

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

99.10 - 5799



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 021762/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/06/2017 13:16 Data/Hora Fim: 23/06/2017 13:23
Origem: Guarda Municipal Nº do Documento: 001215 J Data: 21/06/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 21/06/2017 09:20

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: AV. UNIVERSO

Bairro: Cidade Satellite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: MANUEL JOSE DOS SANTOS (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 32

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: JOSE OSCARDONE TEIXEIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA UNIVERSO
Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 827

Razão Social: GUARDA MUNICIPAL (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

REQUISITADO

1. ARQUIVADO

2. AGUARDANDO REPRESENTAÇÃO

3. INTIME SE AS PARTES PARTICIPA

4. INTIME SE O PART

5. NÃO SE

6. REQUISITADO E INTIME PART

28 pt, 14

JURACI RIBEIRO DA ROCHA
DELEG. POLIC. CIVIL

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de trânsito envolvendo Jose Oscardone Teixeira que Dirigia o Veiculo PLACA NUK-0448 e o Sr. Manuel Jose dos Santos que Pilotava a Motocicleta PLACA NAO-2041. Que devido ao acidente o Sr. Manuel Sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Samu. Era o relato.

ASSINATURAS

Emendes Ferreira Lima
Responsável pelo Alandamento

GUARDA MUNICIPAL
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (sic) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 208-Detração de Calúnia e 248-Comunicação Falsa de Crime ou de Contumácia do Código Penal Brasileiro."

CONFERE COM ORIGINAL
Data: 02/03/18

Assinatura

2762



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Manoel José dos Santos Neto

CPF da Vítima

028.204.035-59

Data do Acidente

21/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Boa Vista 20 de março de 2018
Local e Data

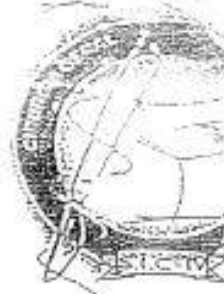
Manoel José dos Santos Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: Manoel 54,5 an. Sousa, Paulo

Data da internação: 21/06/17 Data de alta: 27/06/17

Profissionais: Dr. Daniel Camilo

DIAGNÓSTICO

Fratura de Aço Zigomático

TRATAMENTO

Redução da fratura, fixação + drenagem e retorno
no Hosp. Geral. Alta na data 05/07/17 às 08:00h

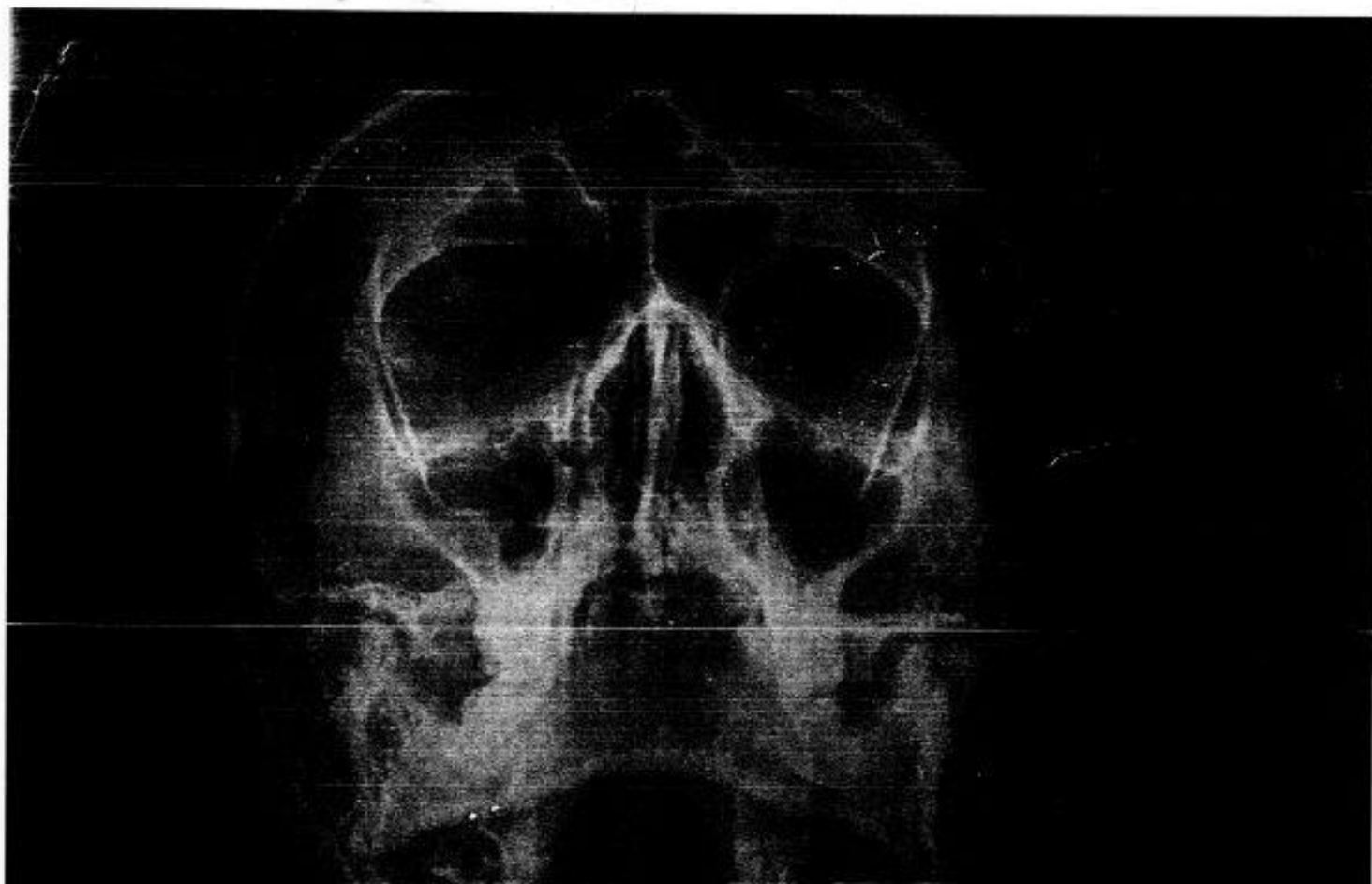
Assinatura do Dr.
Daniel Camilo
CRO-PR-117

EVOLUÇÃO

Evoluiu no pós operatório sem intercorrências, sem queixas, deambulando,
FO limpa e seca, acêitando bem dieta, ruídos hidro-aéreos abdominais
presentes.

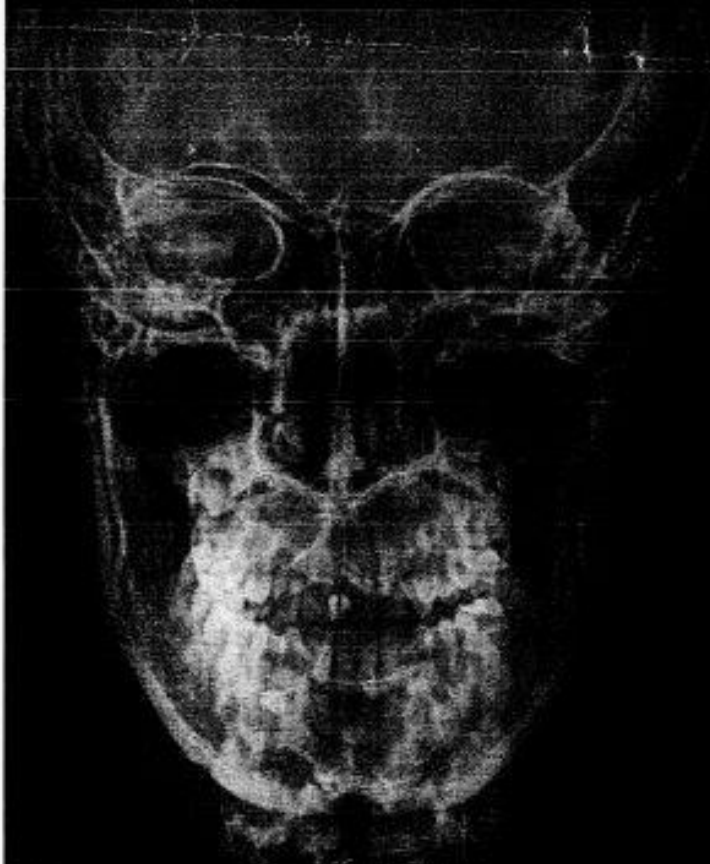
ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao Pronto Socorro se intercorrências.
2. Lavar F.O. (cortes) com água e sabão e manter limpa e seca.
3. Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.



70.4 %

9/7/2017 10:35:48



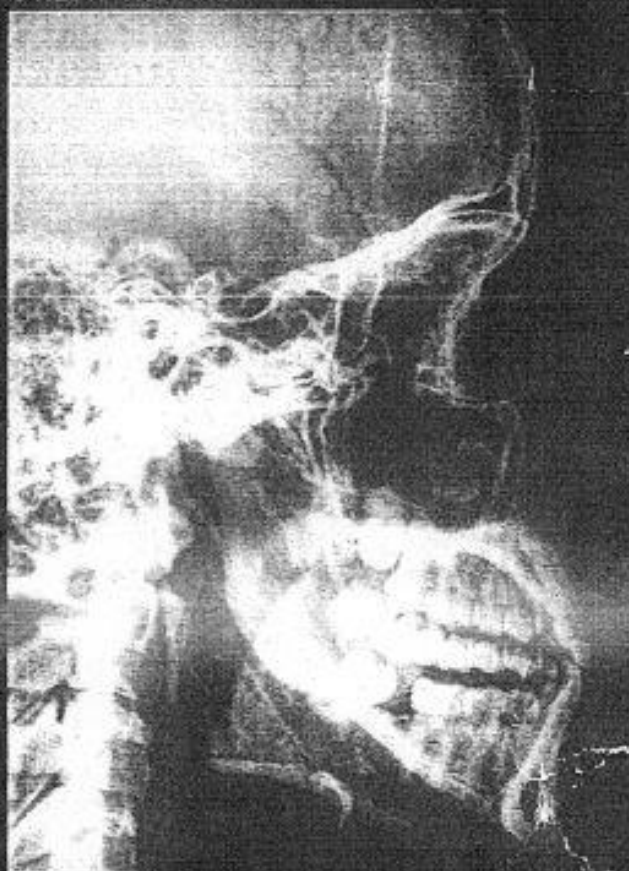
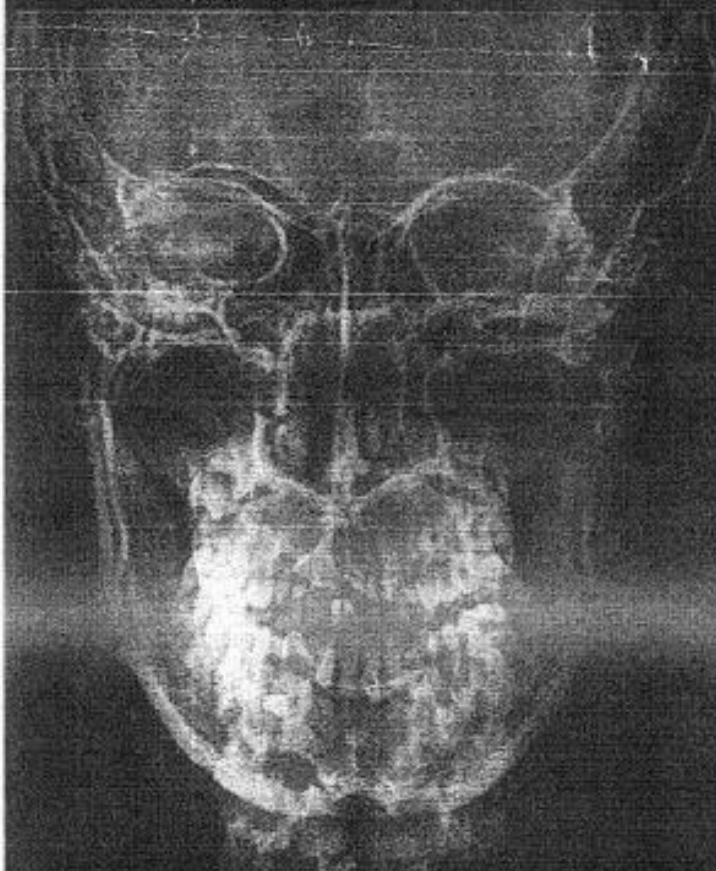
MANOEL JOSE NETO ,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



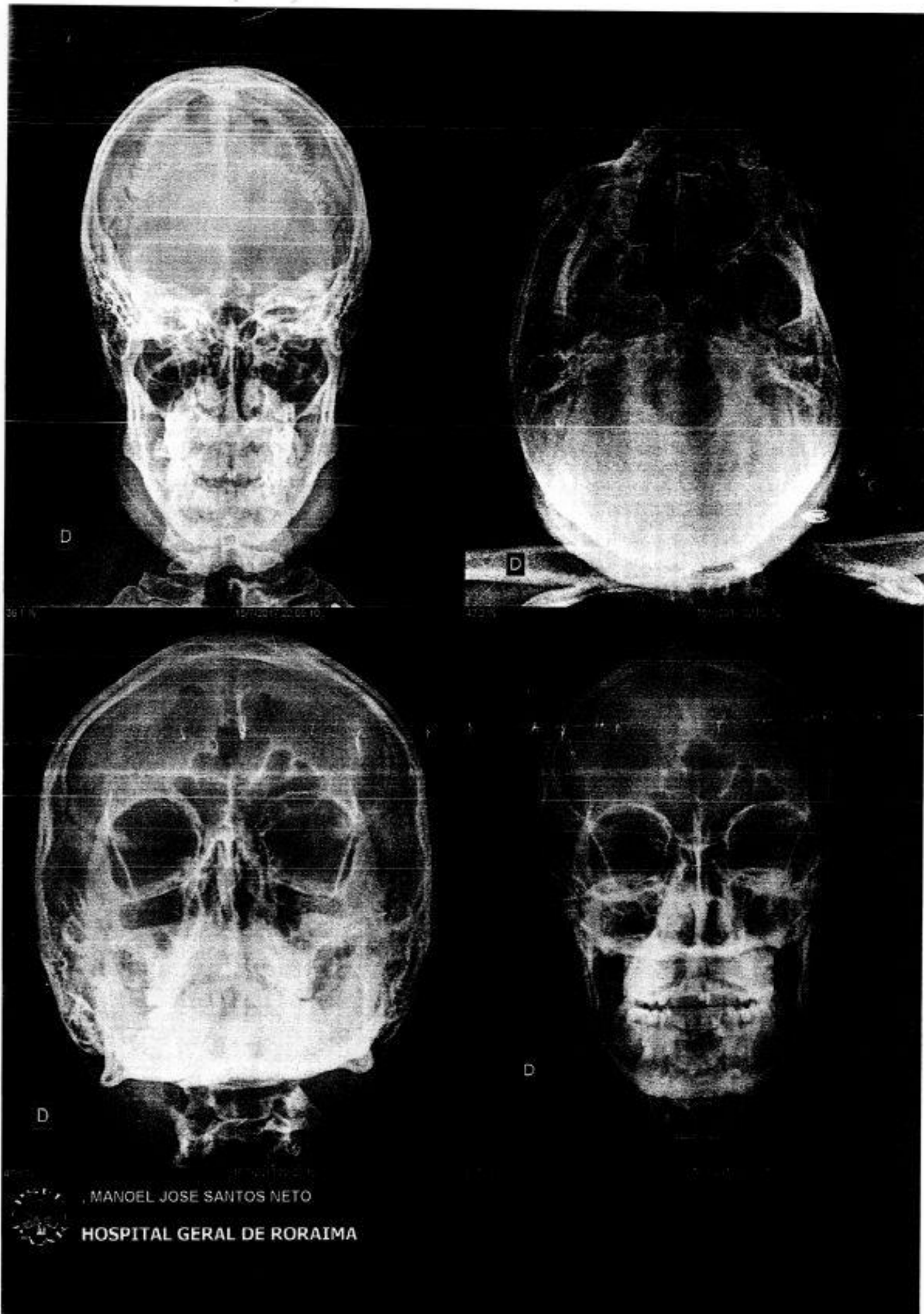
70.4 %

9/7/2017 10:35:48

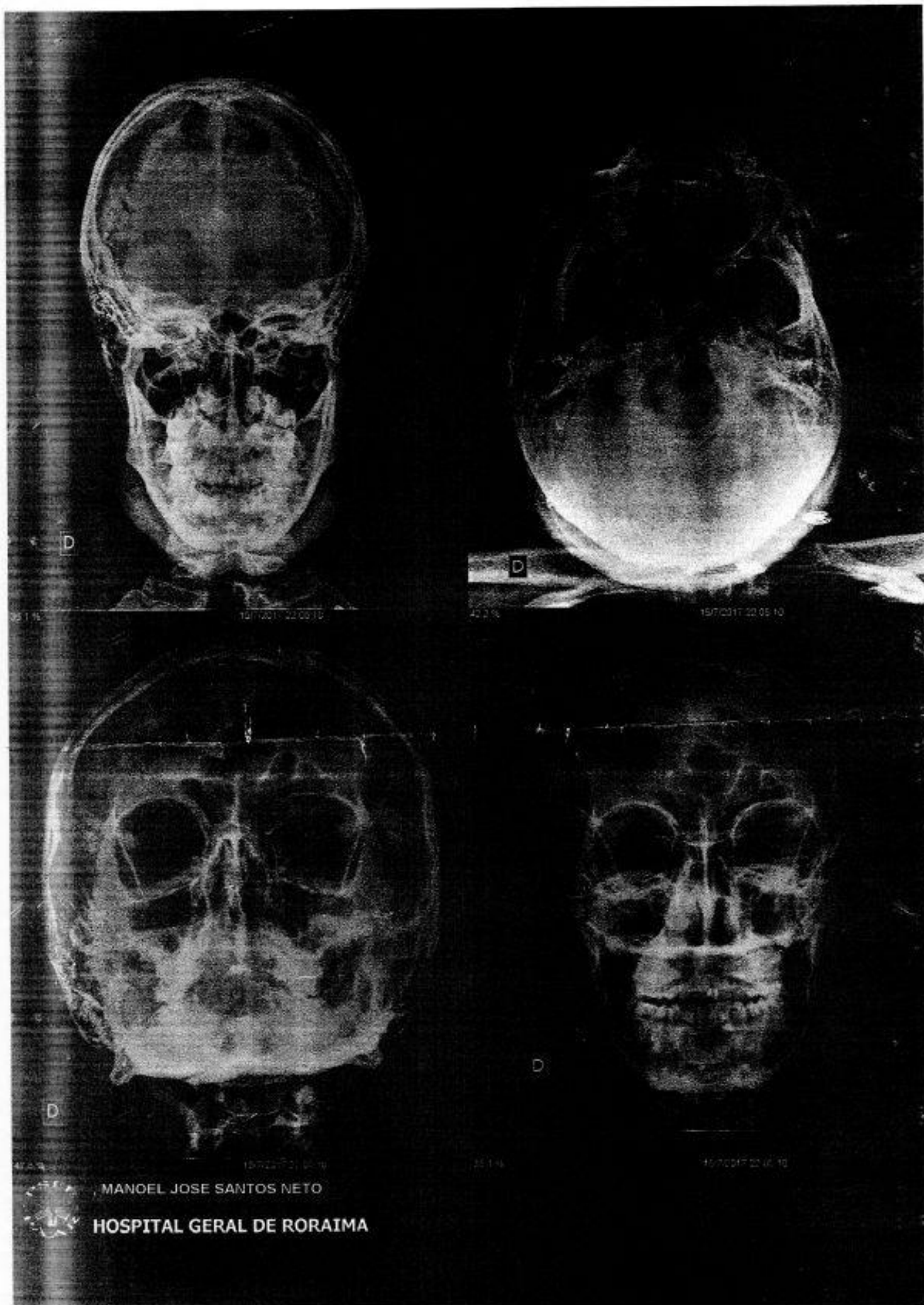


MANOEL JOSE NETO .

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



MANOEL JOSE SANTOS NETO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



MANOEL JOSE SANTOS NETO
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		MANOEL JOSE DOS SANTOS			
DIAGNÓSTICO		FRATURA ANO ZIGOMÁTICO			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
13	CURATIVO DIARIO				
14	SSV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR.				
PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					



MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

24h P.A 120x74
 FC 90
 TAX 36
 06h P.A 118x64
 FC 70
 TAX 36



Serviço Integrado de Cirurgia
Hospital Geral Rubens de Souza Bento



RESUMO DE ALTA

NOME: Manoel José da Silva Neto

Data da internação: 22/06/17 Data de alta: 24/06/17

Profissionais: Dr. Daniel Cavalli

DIAGNÓSTICO

Fratura de Anco Zigomático

TRATAMENTO

Redução de fratura. Ponto + Ombreço. Retorno
no Hosp. Geral. Mo. no dia 05/07/17 às 08:00h

Bruno Antônio Silva
Cirurgião Maxilofacial
CRM-RR 717

EVOLUÇÃO

Evoluiu no pós operatório sem intercorrências, sem queixas, deambulando,
FO limpa e seca, aceitando bem dieta, ruídos hidro-aéreos abdominais
presentes.

ORIENTAÇÃO

1. Retornar ao Pronto Socorro se intercorrências.
2. Lavar F.O. (cortes) com água e sabão e manter limpa e seca.
3. Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde.





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome MARIVEL TAVES SANTANA NETO
Cirurgião Responsável

Anestesiista Dr. Adalberto

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

() PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

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

() CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

() RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA

- () Não
- () Sim

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

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

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

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Sim
- () Não se aplica

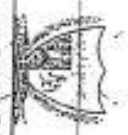
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Data: / / Assinatura e Carimbo
Hora: / /

- () Sim
- () Não se aplica

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



Associação Brasileira de Odontologia
União dos Profissionais de Odontologia

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Marcos São dos Santos

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Bernardo

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

26/06/17

1 Doid. ZERO

2 SF 0,9% 150 ml (EV) 8/12

3 SG 5% 230 ml (EV) 8/12

4 Colágeno de (EV) 6/6

5 Iodo 200 mg (EV) 12/12

6 Dexam. 1 mg (EV) 6/6

7 Tiamina 100 mg (EV) 8/12

8 Dexam. 100 mg (EV) 8/12

9 95% e 66.

Bruno da Silva
Superior Burocrático
CRO-RR 717

Associação Brasileira de Odontologia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE *31ª*
Mamede José dos Santos Neto APT OU LEITO Nº DO PRONTUÁRIO DATA *26/06/14*

CIRURGIA
TIPO *Redução complexa C20* TEMPO DE DURAÇÃO
INICIO *16:05* FIM *16:18* TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA
CIRURGIÃO *D. Daniel* ANESTESISTA: *Dr. Atila*
1º AUXILIAR *Dr. Rodrigo* RES. ANESTESIA: *Dr. Marcela*
2º AUXILIAR INSTRUMENTADOR *Batistone (Jorge)*
CIRCULANTE *Robson + Wilma*

TIP DE ANESTESIA: *Genol* TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>7</i>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<i>1</i>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	
<i>1</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 7.5		<i>1</i>	FIO VICRYL Nº <i>3-0</i>	
<i>1</i>	LUVA ESTERIL 8.0		<i>1</i>	FIO MONONYLON Nº <i>2-0</i>	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LÂMINA BISTURI Nº <i>15</i>			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		<i>1 dose</i>	GERA P/OSSO <i>clonidine 0,1%</i>	
	SERINGA 05 ML		<i>1 dose</i>	KIT GATARATA Nº <i>placat 70%</i>	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
<i>1</i>	<i>Eletródos</i>		<i>1</i>	OUTROS: <i>f.o.t 1.0</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A) ENFERMEIRA CHEFE
Luciano
Guino

FUNCIONÁRIO/CALCULOS CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Julia
2017
Assinado digitalmente por Julia
18/01/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: DOCUMENTO

HGR
SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: Mauro Roberto José de Souza Neto

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.
15:35	16:05	15:50	16:19	

Cirurgia Realizada: Anestesia geral por via

Medicação: Infundida Antibiotico-Terapia Hemoderivados

SF a 0,5%: Nome: CH:

SF a 10%: Nome: CH:

Outros: Nome: CH:

Nº de compressas aplicadas: Plaquetas:

Nº de compressas recolhidas: Antidoto Par. Yelco:

Sinais Vitais: () Sim () Não

SAR: 100 °C 94 bpm 102 mmHg

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

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

Cirurgia Realizada: Redução complexa C20

Anestesia: geral

Localização: localização

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

() Outros:

Legenda:

- 1. Eletrodos
- 2. Oxímetro
- 3. PVC
- 4. Placa de Bisturi
- 5. Saco
- 6. Cateter
- 7. Vendicise
- 8. Dreno
- 9. SNG
- 10. Lâmina de Suture
- 11. Outros: PA

Entrada:	Assi:	Saída:
<u>Jose Luciano dos Santos</u>	<u>Enfermeiro</u>	<u>COMENRA 352 112</u>

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Manoel José Santos Pnl: B Sexo: Buco
 Sobrenome: M Cur: Fato Idade: 31 Classe: 22 Data: 15/11
 Diagn. Prt-OP: Fract. C20 Pstior Asso:
 Cir. Proposta: osteossintese
 Anest. Ant: -
 Alergia: -
 Alcool: - Fumo: -
 DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, NPS, R002, N07, A01, A02, hipotéticos, diglicílicos, anticoagulantes, diuréticos, antibióticos, sulfas, casopressor, IMAO, outros)
 Estado Mental: - Boca: -
 Pescoço: - Voz: -
 RX: 1x Campos pulmonares livres
 Focos: -
 Hepatograma: TGP 17.7 TGO 28.7
 Outros: Coagulograma ??
 Parâmetros Clínicos
 PA: 120/80 Pulso: 47 Temperatura: -

Bioquímico
 Sangue Tipo: - Leuco: 735 Ht: 44 Hb: 15
 Glic: 4.84 Ig: - Ig: - p. Lipo: -
 Coag: - P: 218.00 Ureia: -
 Creat: - Glc: 124 Na: - mEq/l
 Cl: - mEq/l K: - mEq/l pH: - pO2: -
 pCO2: - BA: - BB: - BS: - BF: -
 URINA: d: - pH: - glic: - Alb: -
 Sedim: -
 Ap. gen. Uri: diversos cr.
 AP. Resp: Expansão
 AP. Circ: -
 AP. Dig: Fuor. ht. regular
 S. Osteo - Art: Fract. Escap. atrod.
 S. Nerv: -
 S. Endoc: -

Est. Fis (ASA): II AN. Proposta: Genal
 HB: ECG Bradicardia Sinusal
 Assinatura: Dr. Haroldo C. Ribeiro
 Anestesiologista
 CONFER: 1978

Medicação Pnl - Ant.	DOSE	VIA	HORA

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Secretaria de Estado de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Manoel dos Santos Neto, 31a

PRE-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

15h *16h*

26/06/17
ASA I

AGENTES	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
92													
100													
110													
120													
130													
140													
150													
160													
170													
180													
190													
200													
210													
220													
230													
240													
250													
260													
270													
280													
290													
300													
310													
320													
330													
340													
350													
360													
370													
380													
390													
400													
410													
420													
430													
440													
450													
460													
470													
480													
490													
500													
510													
520													
530													
540													
550													
560													
570													
580													
590													
600													
610													
620													
630													
640													
650													
660													
670													
680													
690													
700													
710													
720													
730													
740													
750													
760													
770													
780													
790													
800													
810													
820													
830													
840													
850													
860													
870													
880													
890													
900													
910													
920													
930													
940													
950													
960													
970													
980													
990													
1000													

SÍMBOLOS

AGENTES

DOSES

TÉCNICA

ANOTAÇÕES

1. Pré-anestesia sob máscara
O₂ 100%

2. Indução anestésica c/ 100 mg propofol A, B, C, D, E

3. Ventilação sob máscara

4. Intubação nasotraqueal

5. Desintubação 10 mg

6. Tossicose 40 mg

7. Dipirona 3 mg

8. Narcoanalésico 2 mg

9. Analgésico 1 mg

À SRPA

Operação: *Fratura de um dos ossos da mandíbula*

Anestesia: *D. A. B. / R. e M. M. M.*

Cirurgião: *M. B. B. / M. B. B.*

Período: *26/06/17*

Dr. André Bessa
Médico
CRM 120.115

Julia
2017
Em presença
do Original
do Juiz

G

M. Rodrigo



Hospital de Base de Curitiba
Assinatura do médico responsável

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO 217 LETO 3

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Manoel Jose dos Santos

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

25.06.17 1) Dieta Zero e partir das 22:00

2) S.F 0,91. 500ml (EV) 08/09L

3) cefalotina 0,5 (EV) 06/06h

4) tenoxicam 20mg (EV) 12/12h

5) dipirona 0,5g (EV) 06/06h

6) tramal 100mg + 100mg 5,00,91 (EV) 8/8h 5V

7) ameprozol 20mg (EV) 1x 212

8) comp. B. 0,52mg. (EV) 01x 012

9) CCq + 5L 8/8h

Dr. Helene D'Amely
Cirurgiã de Cabeça e Pescoço
CRM 505

Dr. R. A. 18/08/17

P: 80

T: 36.

Dr. R. A. 18/08/17

T: 36.2.



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26, 06, 17 O.S. _____

MANOEL JOSE DOS
SANTOS



DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Acid unilateral

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução simples

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: -

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: -

CIRURGIÃO: Daniel Henrique 1º AUXILIAR: Dodinho Azevedo

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: [assinatura]

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Genes

ANESTESISTAS: ATL ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____



RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Paciente em DDH sob anestesia local

② Alinhamento + Colocação corpo simples

③ Redução fechada do AAO e fixação
com 6 pontos de Barros

④ Drenagem em Função de Ponto de
Apexia, espinha + drenagem +
exporção (NÃO OBSERVADO FISTULA
em Ponto de Função)

⑤ Sutura + Drenagem Hemática





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE CTBMF



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DPO	
PACIENTE	MANOEL JOSE DOS SANTOS NETO				
DIAGNÓSTICO	CZO				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		217-3	DATA	23/06/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIQ PAST				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				4h/24h
3	SF 0.9% 500 ML EV 8/8H				12h 22h 00
4	CEFALOTINA 1 G EV 6/6H				12h 22h 00
5	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H				12h 22h 00
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h				12h 22h 00
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h				12h 22h 00
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
9	RANITIDINA 50 MG EV 1X/DIA EM JEJUM				06h 00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
11	SSVV + CCGG 6/6 H				retirada
12					
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ÁLICO.

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

SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGRAMA

CONDUTA: MANTIDA.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: / /

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H	150/80			
12 H	143/50	52		36.1
18 H				
24 H	140/80	34	-	36.6

Dr. LEANDRO PRAIA DE CARVALHO
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-RR 521

Dr. Leandro Praia
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-RR 521

Dr. Leandro Praia
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-RR 521



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE CTBMF



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DPO
PACIENTE	MANOEL JOSE DOS SANTOS		
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ITEM	PRESCRIÇÃO		DATA
1	DIETA LIQ / PAST VO		24/06/2017
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	CEFALOTINA 1 G EV 6/6H		
4	TENOXICAM 20 MG EV 12/12H		
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h		
7	VIT C 1G EV 1X DIA		
8	COMPLEXO B 1 AMP EV 1X DIA		
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X DIA		
10	DEXAMETASONA 4MG EV 12/12H		
11			
12			
13			
14	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
15	SSV + CCGG 6/6 H		
16			
17	GBS: SOLICITADO RX DE FACE		
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:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS, COM MELHORA DO QUADRO ALÉRGICO.
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM EDEMAS.
SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLUCEMIA ATUAL, COAGULOGRAMA
CONDUTA: MANTIDA.
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: ____/____/____

Daniel Carvalho
Cirurgião Bucal
CRM 10.000

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. LEANDRO PRAIA DE CARVALHO
Cirurgião Buco MaxiloFacial
CRO-RR 521

GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos brasileiros"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SETOR DE RADIOLOGIA - HGR



NOME: Manoel Jose Dos Santos (HGR) **SEXO:** M
IDADE: 31
DATA DO EXAME: 21-06-17
MÉDICO SOLICITANTE: Adisson

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO/ TÓRAX

Protocolo

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Relatório

Exame realizado em caráter de urgência.

Suicos corticais e cisternas encefálicas com amplitudes habituais para a faixa etária.

Sistema ventricular supratentorial de aspecto habitual

Parênquima cerebral com morfologia e atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo com morfologia e atenuação preservados.

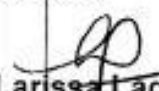
Linha média sem desvios significativos.

Ausência de coleções ou massas intra ou extra-axiais, respeitadas as limitações do método.

Fraturas na parede lateral da órbita e arco zigomático à esquerda.

No exame de tórax não se observou alterações significativas dignas de nota.

Boa Vista,
Data do relatório: 21/06/2017


Dra Larissa Lago
CRM - 1620/RR



Concerns of Eminent Domain
Value of Property and the Market

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	214	03	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA	24/06/17		
PRESENÇA			
1. Pul. 60. 50. 8/8			
2. ST 9. 50. 8/8			
3. ST 9. 50. 8/8			
4. ST 9. 50. 8/8			
5. ST 9. 50. 8/8			
6. ST 9. 50. 8/8			
7. ST 9. 50. 8/8			
8. ST 9. 50. 8/8			
9. ST 9. 50. 8/8			
10. ST 9. 50. 8/8			
11. ST 9. 50. 8/8			
12. ST 9. 50. 8/8			
13. ST 9. 50. 8/8			
14. ST 9. 50. 8/8			
15. ST 9. 50. 8/8			
16. ST 9. 50. 8/8			
17. ST 9. 50. 8/8			
18. ST 9. 50. 8/8			
19. ST 9. 50. 8/8			
20. ST 9. 50. 8/8			
21. ST 9. 50. 8/8			
22. ST 9. 50. 8/8			
23. ST 9. 50. 8/8			
24. ST 9. 50. 8/8			
25. ST 9. 50. 8/8			
26. ST 9. 50. 8/8			
27. ST 9. 50. 8/8			
28. ST 9. 50. 8/8			
29. ST 9. 50. 8/8			
30. ST 9. 50. 8/8			
31. ST 9. 50. 8/8			
32. ST 9. 50. 8/8			
33. ST 9. 50. 8/8			
34. ST 9. 50. 8/8			
35. ST 9. 50. 8/8			
36. ST 9. 50. 8/8			
37. ST 9. 50. 8/8			
38. ST 9. 50. 8/8			
39. ST 9. 50. 8/8			
40. ST 9. 50. 8/8			
41. ST 9. 50. 8/8			
42. ST 9. 50. 8/8			
43. ST 9. 50. 8/8			
44. ST 9. 50. 8/8			
45. ST 9. 50. 8/8			
46. ST 9. 50. 8/8			
47. ST 9. 50. 8/8			
48. ST 9. 50. 8/8			
49. ST 9. 50. 8/8			
50. ST 9. 50. 8/8			
51. ST 9. 50. 8/8			
52. ST 9. 50. 8/8			
53. ST 9. 50. 8/8			
54. ST 9. 50. 8/8			
55. ST 9. 50. 8/8			
56. ST 9. 50. 8/8			
57. ST 9. 50. 8/8			
58. ST 9. 50. 8/8			
59. ST 9. 50. 8/8			
60. ST 9. 50. 8/8			
61. ST 9. 50. 8/8			
62. ST 9. 50. 8/8			
63. ST 9. 50. 8/8			
64. ST 9. 50. 8/8			
65. ST 9. 50. 8/8			
66. ST 9. 50. 8/8			
67. ST 9. 50. 8/8			
68. ST 9. 50. 8/8			
69. ST 9. 50. 8/8			
70. ST 9. 50. 8/8			
71. ST 9. 50. 8/8			
72. ST 9. 50. 8/8			
73. ST 9. 50. 8/8			
74. ST 9. 50. 8/8			
75. ST 9. 50. 8/8			
76. ST 9. 50. 8/8			
77. ST 9. 50. 8/8			
78. ST 9. 50. 8/8			
79. ST 9. 50. 8/8			
80. ST 9. 50. 8/8			
81. ST 9. 50. 8/8			
82. ST 9. 50. 8/8			
83. ST 9. 50. 8/8			
84. ST 9. 50. 8/8			
85. ST 9. 50. 8/8			
86. ST 9. 50. 8/8			
87. ST 9. 50. 8/8			
88. ST 9. 50. 8/8			
89. ST 9. 50. 8/8			
90. ST 9. 50. 8/8			
91. ST 9. 50. 8/8			

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				158370			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
710540949711866911				28/02/86		F/M	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
Mariana Simão de Jesus							
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
Rua Cruz do Sul 639 Alta. Alto Leste				912		RJ	
13 - MUNICÍPIO DA RESIDÊNCIA				16 - CEP			
Bom Jardim							
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
Paciente com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. Levando a intercorrência em fe.							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Paciente com insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal.							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
Clínico e radiológico.							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
Insuficiência cardíaca congestiva							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
I50.2							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
Internação							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
BMC							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
() CNS () CPF							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
51171513151281							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
Dr. Daniel Diniz							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
21/06/17							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
Dr. Dennis Dinelly							
Dr. Enzo Maxillo							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							



Hospital de Base de Niterói
Assistência Primária de Referência

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR		QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE		217-3		
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS				
Annel Sosa dos Santos Neto				
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO	
21/06/17	1) Dieta livre			
	2) Sítio 97, Cond (60) 08/08h	14:32:06		
	3) Sítio 97, Cond (60) 08/08h	15:34:08		
	4) Alopurinol 100 06/06h	18:34:06:12		
	5) Diclofenaco 75mg (60) 18/08h	18:34:06:12		
	6) Fenoxilol 20mg (60) 12/11h	18:34:06:12		
	7) Difenidramina 1mg (60) 08/08h	18:34:06:12		
	8) C.C.C.			
	9) Tranfuso pl. Plasma (60)			
Dr. Dennis Dinelli C.R.C. 505				

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



Visto por

**ROSA
& HE**

12 SUL

EXAME

Paciente vítima de acidente automobilístico.

Exame

- Paciente acordado, orientado, nega dor ou desconforto.
- Paciente com membros sem dificuldades
- Ausência de hematomas e mobilidade articular preservada
- Olhos abertos, esclera transparente, pupilas isocóricas e fotorreflexas

TC de crânio evidenciando fratura em parietal lateral da
sinistra e arco zigomático esquerda.

Condicion: Sem alteração de estado no momento
aguardando avaliação bucomaxilo.

Agravo: 12 SUL

Nº Not: 12.4711

Data: 27/1/17

Notificador



cem-121209



Unidade: <u>133</u> Equipe: <u>Dr. Geraldo Nogueira</u>								
Paciente: <u>Francisco José dos Santos Neto</u> Idade: <u>36</u> Sexo: <u>M</u>								
Endereço: <u>Av. Unirêso 1, cidade Satélite, Bairro Ricardo Galvão</u>								
NR <u>9786</u>	DATA <u>21/06/2017</u> HORA: <u>10-4:02 / 10-9:41</u>							
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>Dr. Carol</u> <u>1149316 / 1094167</u>								
SOLICITAÇÃO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO								
MECANISMO DE TRAUMA								
AUTOMÓVEL Cinto ☐ SIM ☐ NÃO Vítima ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro Passageiro: ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	MOTO: <u>2 Carro</u> ☒ Conduto ☐ Carona Capacete ☐ SIM ☒ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☒ Colisão BICICLETA: ☐ Conduto ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão							
VIOLÊNCIA ☐ FAF ☐ PAF ☐ Espancimento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	OUTROS ☒ Ao. De Trabalho ☐ Local ☒ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:							
AVALIAÇÃO INICIAL								
Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia Outro: <u>S/A</u>	Ventilação M.V. Diminuído M.V. Ausente Hipertimparismo Maciez Perda Aspirativa <u>S/A</u>							
Circulação ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente <u>S/A</u>	Aval. Neurológica AVDN <u>(A)</u> Miose Midriase Anisocoria Córrea Córrea Rinorréia Aparentemente alcoolizado DNV							
SINAIS VITAIS - 3-30-60-90								
Hora	P.A. mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início <u>9:22</u>	<u>140/100</u>	<u>82</u>	<u>22</u>	<u>99%</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>13.</u>	<u>-</u>
Fim								
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante ☐ S/A	Face ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo <u>S/A</u>	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento <u>S/A</u>	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração <u>S/A</u>			
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações ☐ Fratura ☐ Amputação						
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Fúter	☐ Fibrilação atrie ☐ Fibrilação entricular ☐ Assístolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecções ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☒ Outra <u>trauma</u>	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso <u>mege</u>	☐ Alergias <u>mege</u> ☐ Outros			
GRAVIDADE <u>Desconhecida</u>	☐ ILESO ☐ SEVERA	☐ PEQUENA MORTE	☐ MÉDIA ☒ INCERTA <u>Dr. Maria Santa</u>	☐ OUTRO				
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)								
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:			MULTIPLS MEIOS AÇIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☒ SMTRAN ☐ Bombeiro Outros: <u>Stephanie</u>					
☐ Iniciada as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Ota:			DADOS PESSOAIS DA VITIMA					

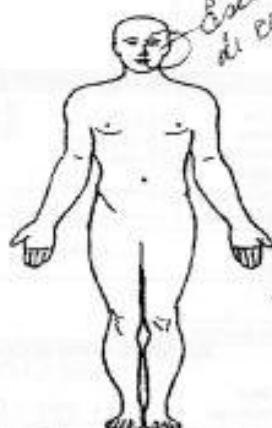
DESTINO	☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros

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

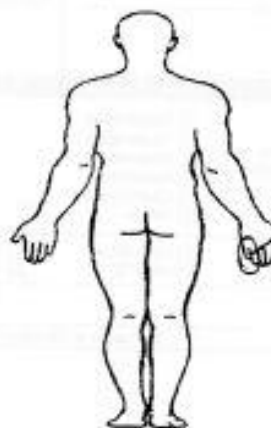
Sexo masculino, 35 anos. Colisão moto x carro, encontrado sentado sem o capacete e mesmo afirma que se caiu no momento da colisão, LOTE, 53UV-PA-140X100 m, todos os demais preservados. Apresenta, cefaleia, escoriação no face lado (E), dor no dorso da mão D. Feito AVP, no MSE - e informado a regulamentação, que o paciente conduzir o paciente p/ o trauma do HGR - Sem intercorrências

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura de Olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1	
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Resposta	5	Pressão Sístolica (mmHg)	0	0	
	Confuso	Choro imitado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
Melhor Resposta Motora	Nenhuma	Nenhuma	1	Escala de Glasgow	01 - 49	1	
	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6		0	0	
	Localiza a dor	Retira-se do toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
15				15			

Atestado Médico
Técnico de Enfermagem
CONE-BA-1576/14



Escoriação no rosto
de cabeça



sem.

COPIA ORIGINAL
09/03/18
Stephanie

GESTANTE		1 - Compressa MATERIAL E MEDICAÇÃO 2 - Gaze - 1 colar cervical M 1 - Gaze N. 18, 1 - equipe macro, 1 - S.F.C. 19% 500ml. 1 - prancha rígida, 2 - parafusos de fixação
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		