

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08526

CONTA: 000000006541-5

---

Autenticação:

DCCCE48B97B5FFA83B0DBE9847D8AA6759AAA2D47C80E976594573110A2F3740

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180210994 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANAUAN ARAUJO DE SOUSA **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** DAYPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do cotovelo esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular do cotovelo esquerdo acarretando déficit funcional acentuado do membro superior esquerdo e atrofia muscular.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico da fratura do cotovelo esquerdo.  
Realizou fisioterapia (10 sessões).  
Recebeu alta médica em 04/2018.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/05/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do cotovelo esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro superior esquerdo.

**Médico examinador:** REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

**CRM do médico:** 1032

**UF do CRM do médico:** RR

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta nº: 12897706

A/C: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180210994  
Vítima: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA  
Data do Acidente: 25/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000006541-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180210994

**Nome do(a) Examinado(a):** ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua 05, 444 - Boa Vista/RR - CEP 69314-600

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 5093295 - SSP-RR

**Data e Local do Acidente :** 25/12/2017 - AVENIDA OLIMPICA, JARDIM  
TROPICAL, BOA VISTA-RR

**Data e Local do Exame :** 23/05/2018 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÊGO  
BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DO COTOVELO E

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

VITIMA FEZ INICIALMENTE IMOBILIZAÇÃO GESSADA E POSTERIOR  
TRATAMENTO CIRURGICO, FEZ 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ALTA  
EM ABRIL DE 2018

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

MSE: ATROFIA MUSCULAR + COMPROMETIMENTO ACENTUADO DO  
ARCO ARTICULAR DO COTOVELO + MÃO E LEVE/MODERADO EM GARRA  
+ COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

DEFICIT FUNCIONAL ACENTUADO DO MSE ATROFIA MUSCULAR +  
COMPROMETIMENTO ACENTUADO DO ARCO ARTICULAR DO  
COTOVELO + MÃO E LEVE/MODERADO EM GARRA +  
COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA

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

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

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

Membro Superior Esquerdo

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



Dra. Regina Rebouças  
Médica  
CRM/RR 1032

---

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

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



1700684897	25/12/2017 08:01:51	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		<b>TRAUMATOLOGIA</b>		<b>D. URNO 07-19</b>		<b>4</b>
<b>Paciente</b> ANAUAN ARAUJO DE SOUSA		<b>Data Nascimento</b> 21/03/1991		<b>Idade</b> 26 A 9 M 4 D	<b>CNS</b> 708202192073842	<b>CPF</b> 01379775221	<b>Prontuário</b> 00080972	
<b>Tipo Doc</b> IDENTIDADE	<b>Documento</b> 3151029	<b>Órgão Emissor</b> SSP RR	<b>Data Emissão</b> 29/02/2016	<b>Sexo</b> M	<b>Estado Civil</b> SOLTEIRO/APARDA	<b>Repa/Cor</b> AGUA BRANCA - PI	<b>Nacionalidade</b> BRASILEIRA	
<b>Mãe</b> NARCISA MARIA DE SOUZA		<b>Endereço</b> RUA - 05 - 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR		<b>Pal</b> ELIAS JOSE DE ARAUJO	<b>Comato</b> (95) 99141-1166	<b>Ocupação</b> MILITAR		
<b>Class. de Risco</b>	<b>Plano Convênio</b> SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	<b>Nº da Carteira</b>	<b>Validade</b>	<b>Autorização</b>	<b>Sis Pronatal</b>			
<b>Motivo do Atendimento</b> ACIDENTE DE MOTO	<b>Caráter do Atendimento</b> URGÊNCIA	<b>Profissional do Atend.</b>	<b>Procedência</b>	<b>Temp.</b>	<b>Peso</b>	<b>Pressão</b>		
<b>Sector</b> GRANDE TRAUMA	<b>Tipo de Chegada</b> DEMANDA ESPONTANEA	<b>Procedimento Sol.</b>	<b>Registrado por:</b> LIZA.MARIE					
<b>Queixa Principal</b> <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								

**Anamnese de Enfermagem**

GSC

TOTAL

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

**Exame Físico****Hipótese Diagnóstica****SADT - Exames Complementares**☒ RAIO-X☐ ULTRA-SON

LTC

SANGUE

URINA

ECG

OUTROS

**PRESCRIÇÃO****APRAZAMENTO****OBSERVAÇÃO****Conduta**☐ Alta por Cessão Médica☐ Alta a Pedido☐ Alta a Revelia☒ Transferência para:☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

**Óbito**Artes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML ☐ Análise Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Garfido e Assinatura do Médico

Impresso por: liza.marie  
Data Hora: 25/12/2017 08:03:05CNPJ: 06.940.888/0001-91  
Insc. Est.: 15.111.111-11  
Insc. Mun.: 11.111.111-11

09 MAR 2018

RECEBIDO







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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>ADAVAN A SORV 18</b>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				man
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8HS				12h
4	TENOXICAM 40MG IV, 1X/DIA				12h
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/8h SE DOR OU FEBRE				SN
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 SE NÁUSEAS OU VÔMITOS				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SN
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

Dr. Max Roubi Nader  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trânsito  
CRM 885 - RP

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

HIDRATADO

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	P	T	R
6 H			
12 H	98	36.8	24
18 H			
24 H			

**NIR**  
Regulado  
para leito  
401-3  
Regulação Interna

SABEMI SEGURADORA S/A

09 MAIO 2018

RECEBIDO

PA = 150 x 80 P = 80 Tax = 33,3%

obs: não foi verificada a PA pensalta de aparelho de pressão

06 h PA = 150 x 80 P = 61 Tax = 33,3%

Greidiane S. Arruda  
Téc. em Enfermagem  
CRM 885 - RP



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



**4043**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO		DIH	25/12/2017	DN	21/03/1991
PACIENTE <b>ANAUAU ARAUJO DE SOUSA</b>					
AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO</b>					
ALERGIAS					
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DM2	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				
2	SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				susp
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H				
8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/3 HORAS				SUSP
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

*39 de 07 -  
 realizado as medi-  
 cações, mais orientações  
 de SSVV, C.B.M.*

*Janilda Nascimento de Souza  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 776.767-TEC*

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H	130/90	90	20	36°C
12 H	130/90	80	20	36°C
18 H	130/90	80	18	36°C
24 H	130/90	80	18	36°C

**Dr. MARCELO MARQUES CRM**  
**1918**  
**Residente de Ortopedia e**  
**Traumatologia**



*33 de 13 B  
 no leito, sem  
 queixas, mais orientações  
 de SSVV, C.B.M.*

*33 de 19, no  
 leito, sem  
 queixas, mais orientações  
 de SSVV, C.B.M.*

*Gláucia Aparecida de Almeida Silva  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 781.366-TE*

*Gláucia Aparecida de Almeida Silva  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 781.366-TE*

404  
3

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>DN</b>	
25/12/2017		25/12/2017		21/03/1991	
<b>PACIENTE</b> ANAUAN ARAUJO DE SOUSA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
<b>ALERGIAS</b>					
<b>IDADE</b>		<b>LEITO</b>		<b>DM2</b>	
26 ANOS		401-3		DATA	
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>HORÁRIO</b>
1	DIETA ORAL Livre				
2	SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			susp	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H				
8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				
9	CAPTOPRIL 25 mg VO/SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			SUSP	
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	140/90	80	20	36,5	
12 H	142/102	76	20	36,3	
18 H	140/101	70	20	36,5	
24 H	150/110	78	20	36,6	

Dr. MARCELO MARQUES CRM  
1918  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia



RECEBIDO  
09 MAIO 2018

Julia Maria Fereira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
CONEN-RR 241.340-TE

...administrado hidratado, ...  
...da enfermagem. ...

Julia Maria Fereira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
CONEN-RR 241.340-TE

401-3

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	25/12/2017	DN	21/03/1991
PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA					
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DM2	DATA 28/12/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				S/N
2	SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS				S/N
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				susp
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				S/N
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H				S/N
8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				S/N
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
11	CURATIVO DIÁRIO				S/N
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				S/N
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b> <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b> <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b> <b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>					

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA




# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	140/80	87	18	36,7	Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918
12 H	130/80	78	20	36,6	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	130/80	78	21	36,7	
24 H	130/80	67	18	36,4	

08/01/2018 7 da P.M. Adm em Medicacao  
 Ana Maria S. Macedo  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 000.411.634

13:00 às 19:00 - Administrando  
 medicacao de bronquio, SSVV,  
 segue em cuidado da enfermagem  
 Julia Maria Pereira de Souza  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 573.674-TE

401-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>						 	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		25/12/2017		DN	
						21/03/1991	
PACIENTE: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA							
AGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO							
ALERGIAS:							
IDADE		LEITO		DM2			
26 ANOS		401-3		DATA		29/12/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1.		DIETA ORAL livre					
2.		SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS					18:00
4.		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA					susp
5.		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					06:00
3.		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SN
7.		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H					SN
8.		TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0.9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA					SN
9.		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
10.		SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina
11.		CURATIVO DIÁRIO					3 vezes
12.		CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS					18:00
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							
<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b> 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							

ASA BENI SEGURADORA S/A

09 MAR 2018

RECEBIDO

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUITA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

13.03.18

Realizado os exames físicos, mas apresentando de SSVV. Porém o teste (O2) não fez falta. O paciente refere que continua com dor no antebraço.

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	120	80	18	36.4
18 H	120	84	20	36.7
24 H				

Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Joséildo Nascimento de Sousa

Técnico de Enfermagem

COREN-RR 776.767-TEC

Na h-Admin medicamentos conforme P.M.

Processo de APP, a [assinatura] SSVV



Ass. [assinatura]

Jucilândia P. de Magalhães

Enfermeira de Enfermagem

CRN - RR 1248.245-TE

401-3

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
25/12/2017		21/03/1991			
<b>PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA</b>					
<b>AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO</b>					
<b>ALERGIAS</b>					
IDADE		LEITO		DATA	
26 ANOS		401-3		30/12/2017	
<b>PRESCRIÇÃO</b>					
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SND
2	SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS				REV 06
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				susp.
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				106
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				7 SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H				7 SN
8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				7 SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				18
10	SSVV + CCGG 6/6 H				18
11	CURATIVO DIÁRIO				18
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				18
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>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</b>					

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUZA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS



# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR		
6 H	105/65	74	18	36°C	
12 H	105/65	76	20	36,7°	
18 H	105/65	74	20	36°C	
24 H	105/65	76	18	36,3°	

Dr. MARCELO MARQUES CRM  
 1918  
 Residente de Ortopedia e  
 Traumatologia

4013

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		25/12/2017		DN		21/03/1991	
PACIENTE <b>ANAUAU ARAUJO DE SOUSA</b>									
AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO</b>									
ALÉRGICAS									
IDADE		26 ANOS		LEITO		401-3		DM2	
								DATA	
								31/12/2017	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL livre						SND	
2		SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS						18	
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						susp.	
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA							
6		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						SND	
7		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H						18	
8		TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV, 8/8 HORA SE DOR INTENSA						SND	
9		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
10		SSVV + CCGG 8/8 H							
11		CURATIVO DIÁRIO							
12		CEFALOTINA 1G EV, 6/6 HORAS						18	
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
<b>SE DIABÉTICO</b> 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									

SEMPRE SEGURADORA S/A

9 MAIO 2018

RECEBIDO

#FENCON DO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.

# EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	120/80	70	20/min	36,2°C	Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	116/70	66	19	36,4°C	
18 H	116/70	67	20	36,4°C	
24 H	130/80	74	18/min	36,1°C	

Franciele Almeida Rodrigues  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RJ 151.318-TE

Administrado medicamentos de horários conforme prescrição médica, aferido Sinais Vitais

Sarah Moraes Catarina  
COREN-RJ 907.546-42

4013

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
<b>DATA DE ADMISSÃO</b>		<b>DIH</b>		<b>DN</b>	
25/12/2017		21/03/1991			
<b>PACIENTE</b> ANAUAN ARAUJO DE SOUSA					
<b>AGNÓSTICO</b> FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
<b>ALERGIAS</b>					
<b>IDADE</b>		<b>LEITO</b>		<b>DATA</b>	
26 ANOS		401-3		01/01/2018	
<b>ITEM</b>		<b>PRESCRIÇÃO</b>			<b>HORÁRIO</b>
1		DIETA ORAL livre			
2		SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS			
4		TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			
5		OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			
6		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
7		DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H			
8		TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA			
9		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
10		SSVV + CCGG 6/6 H			
11		CURATIVO DIÁRIO			
12		CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	104/96	94	20	36,6C
18 H	100/90	84		36,3C
24 H	100/80	84	18	36C

Dr. MARCELO MARQUES CRM  
1918  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

08/01/2018 14:03  
1.74  
2018  
T. 3340

Obs: Retirou a medicação do  
paciente pois não tinha a medicação de  
Luzinete Alves Gomes  
Técnica de Enfermagem  
COPENHO 507.417.160



401-3



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



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: 25/12/2017 DN: 21/03/1991

PACIENTE: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

AGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

IDADE: 26 ANOS LEITO: 401-3 DATA: 02/01/2018

ITEM: \_\_\_\_\_ PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_ HORÁRIO: \_\_\_\_\_

1	DIETA ORAL livre	
2	SFO, 9% 500ML EV 12/12 HORAS	
4	TENOXICAM 40 MG. IV, 1X/DIA	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H	
8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
10	SSV + CCGG 6/6 H	
11	CURATIVO DIÁRIO	
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

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

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

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

# SOLICITADO: \_\_\_\_\_

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	130/70	72		36,0
18 H	131/69	86	20	36,4
24 H	149x93	69	17	36,0

Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Assistente Administrativo  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 387.287-4E

Deletado em  
 09/01/2018  
 10:00h

P=162x112mm  
 P=64  
 T=34,9C  
 R=16

Ass. adm. adm. a med. social  
 do item 9 com P=162x112mm

Luzinete Alves Gomes  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 907.677-TEC

401-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	25/12/2017	DN	21/03/1991
PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA					
AGNOSTIC FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DM2	DATA 03/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SN
2	SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS				SN
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				susp
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				10h
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H				11h 22.00
8	TRAMADOL 100MG + 100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA				SN
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				10h
11	CURATIVO DIÁRIO				10h
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				11h 24.00
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	
6 H	120/90	91		36.2°	Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918
12 H	130/100	—	—	36.2°	Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	130/90	113	20	36.5°	
24 H	120/90	87		36.0°	

Monitor realizado  
medicamentosa com  
SSVV + CCGG  
Belaquale

17:30 Pac. no leito. Realizado  
procedimento de rotina SSVV  
adm. med. e m. Siga seg.  
cuidados de enfermagem.



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRIORITÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBOE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pele sofreu fratura supra condilleara  
de úmero (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tto. cirúrg.

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

Ex Clínico + Ro

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fract de úmero distal (E)

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 TERCIÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO REGISTRO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

41 - CUBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESSEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Anaoua Araújo de Souza

Data: 04/01/18

O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Frat de umero distal (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Osteossíntese de fratur de umero distal (E)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Max

1º AUXILIAR:

Jonathas

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Adonias

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pte em DHA sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepsia
- 3) Desbridamento de lesão de pele na face lateral do antebraço
- 4) Fixação el os FK 2.0 cruzadas a partir do epitrócleo medial e outro a partir do epitrócleo lateral.
- 5) Controle radiológico
- 6) Curativo

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RR 1256 TEOR 14272



Dr. J. P. C.  
M. P. C.  
P. S. A.

FICHA DE ANESTESIA

09/03/1982

Ano em Anestesia de Sono, 92 kg

PRF MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

9. NT - 2.2.20h  
MD2 - 5mg  
2.1h

A S P R E S S O E S T I M O	N 20	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
	02																		
L I Q U I D O S V E N O S O S	111																		
	5																		
T C	240																		
	220																		
E L E C T R O	200																		
	180																		
A R T E R I A L	170																		
	160																		
C P	150																		
	140																		
U	130																		
	120																		
T A T	100																		
	80																		
A S P R	60																		
	40																		
R E O P	20																		
	0																		
E X P E R T																			
A S S I S T																			
C O N C																			
SÍMBOLOS																			

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
1. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
2. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
3. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
4. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
5. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
6. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
7. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
8. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
9. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
10. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
11. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
12. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
13. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
14. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
15. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
16. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
17. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
18. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
19. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%
20. Propofol 100 mg	100 mg	Propofol em 100 ml de 1%

1. Propofol 100 mg  
2. Propofol 100 mg  
3. Propofol 100 mg  
4. Propofol 100 mg  
5. Propofol 100 mg  
6. Propofol 100 mg  
7. Propofol 100 mg  
8. Propofol 100 mg  
9. Propofol 100 mg  
10. Propofol 100 mg  
11. Propofol 100 mg  
12. Propofol 100 mg  
13. Propofol 100 mg  
14. Propofol 100 mg  
15. Propofol 100 mg  
16. Propofol 100 mg  
17. Propofol 100 mg  
18. Propofol 100 mg  
19. Propofol 100 mg  
20. Propofol 100 mg

ANESTESIA DE SONO

Dr. Adenilson R. Ribeiro

Dr. Max / Anestesia

Dr. Max / Anestesia

Dr. Max / Anestesia

Dr. Max / Anestesia

Dr. Max / Anestesia

Dr. Max / Anestesia

Dr. Max / Anestesia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Adonias Raulo de		1401-3		4 11/2 1/2	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Laparotomia		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		9:40	22:00		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR		ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:	
		INSTRUMENTADOR		CIRCUANTE	
2º AUXILIAR		CIRCUANTE		TEMPO DE DURAÇÃO:	
TIPO DE ANESTESIA:		CLAUDOMIR + MITACV			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	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 SHDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: elatrodos	

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Adilson Augusto de Souza</i>		APT OU LEITO <i>401-3</i>	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>1/10/11</i>	
CIRURGIA					
TIPO <i>Prost. de trat. uterino</i>		TEMPO DE DURAÇÃO			
INÍCIO <i>21:40</i>		FIM <i>22:00</i>	TEMPO TOTAL		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO <i>Dr. M. M. M.</i>		ANESTESISTA:	<i>Dr. A. A. A.</i>		
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	<i>Dr. F. A. A.</i>		
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
CIRCULANTE		<i>Dr. A. A. A.</i>			
TEMPO DE ANESTESIA: <i>0. P. B. E.</i>					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
<i>1</i>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
<i>1</i>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICKRYL®	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
<i>1</i>	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<i>1</i>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURIN® <i>23</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			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN®	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS: <i>Elctrocoag.</i>	

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

635:



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome do paciente: Alcides Moura  
O paciente está em jejum: Sim

PACIENTE CONSCIENTE

- ☒ Sim, consciente  
☐ Não, consciente  
☐ Não se aplica

TESTE CIRÚRGICO

- ☒ Sim  
☐ Não se aplica

TESTE DENTÁRIO

- ☐ Sim  
☐ Não se aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

- ☒ ALERGIA CONHECIDA  
☐ Sim, Qual:

REAÇÃO DIFÍCIL À INSUFICIÊNCIA DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Sim, e qual procedimento/medicação disponível

PULSO DE ARTERIA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☒ Não  
☐ Sim, e qual procedimento/medicação e planejamento para futuros

ANTES DA ANÁLISE

Anestesia: Alcides Moura

TESTE CIRÚRGICO

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☐ Site cirúrgico  
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

- ☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sangüínea prevista.

- ☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTITROMBÓTICA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- ☐ Não se aplica  
☒ Sim, Qual:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim  
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SUBA

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, TODA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO  
☒ Sim ☐ Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- ☐ Sim ☐ Não

- ☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE  
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Rosa M. F. Sá  
Enfermeira  
COREN-PA 26328

Assinatura e Selo

[illegible]



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE ANILAN AMARCO DE SOUSA, 26 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 25 / 12 / 17, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura de úmero distal esquerdo

NO DIA 04 / 01 / 18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OSTEOSSÍNTESE DE fratura úmero distal (E) SENDO

OPERADO PELO DR. MAX E DR. JONATHAN

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 04 / 01 / 18 AS 12:00 horas EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 12 / 01 / 18 AS 14:00 horas, COM O  
DR. MAX

foi impo, seco, sem sinais de infecção

**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

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

SADEN SECURADORA S/A

09 MAR 2018

RECEBIDO

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. ILANSON

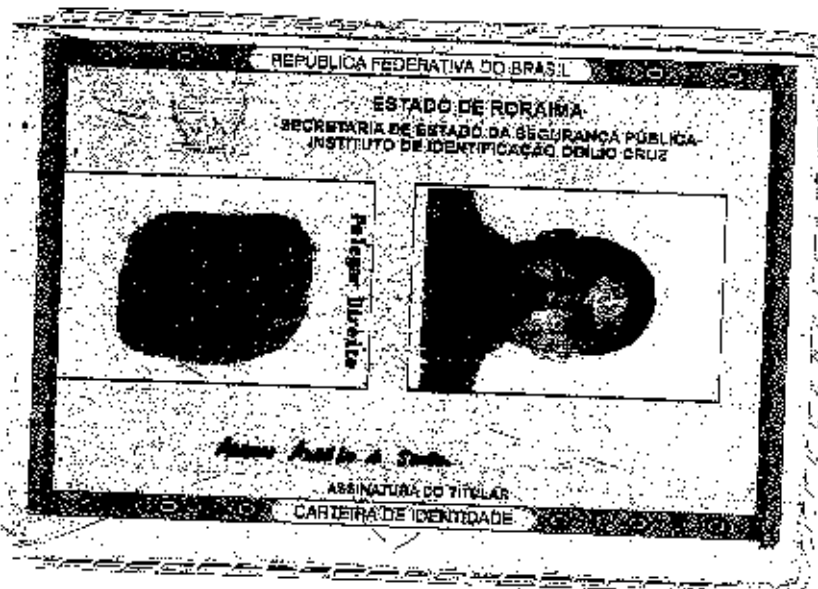
BOA VISTA, 01 / 18

Dr. Marcelo Soares

CRM 10.000  
RORAIMA

MÉDICO

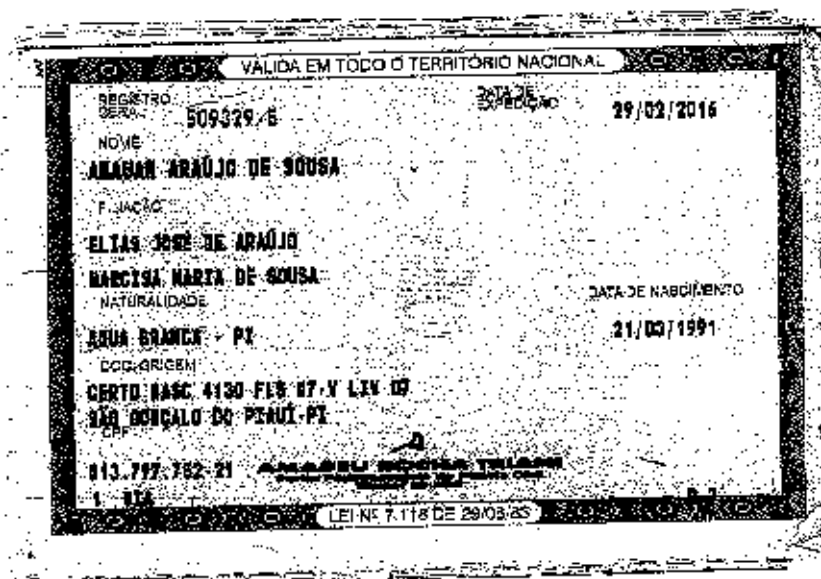




SADENI SEGURADORA S/A

09 MAIO 2016

RECEBIDO





[illegible]

RECEBIDO

[illegible]

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	013.749.752-21	Amawan Araújo de Sousa

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Amawan Araújo de Sousa	013.749.752-21	militar
Endereço	Número	Complemento
Rua: 05	444	caso
Bairro	Estado	CEP
Acim - Nacional	RR	9.314-600
Cidade		
Boa Vista		
E-mail	Telefone (DDD)	
amawanaraújo@hotmail.com	11 9111.5392	

Declaro, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO _____ NRD _____ Agência NRD _____ DVV _____ Conta NRD _____ DVV _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista RR 04 de Maio de 2018

Local e Data

04 MAIO 2018

RECEBIDO

Amawan Araújo de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



[illegible]

DELEGATE JOHN B. BAKER

413

6323

蘇 軾

1253-117

**THE**

12345678910111213141516171819202122232425262728293031323334353637383940414243444546474849505152535455565758596061626364656667686970717273747576777879808182838485868788899091929394959697989910010110210310410510610710810911011111211311411511611711811912012112212312412512612712812913013113213313413513613713813914014114214314414514614714814915015115215315415515615715815916016116216316416516616716816917017117217317417517617717817918018118218318418518618718818919019119219319419519619719819920020120220320420520620720820921021121221321421521621721821922022122222322422522622722822923023123223323423523623723823924024124224324424524624724824925025125225325425525625725825926026126226326426526626726826927027127227327427527627727827928028128228328428528628728828929029129229329429529629729829930030130230330430530630730830931031131231331431531631731831932032132232332432532632732832933033133233333433533633733833934034134234334434534634734834935035135235335435535635735835936036136236336436536636736836937037137237337437537637737837938038138238338438538638738838939039139239339439539639739839940040140240340440540640740840941041141241341441541641741841942042142242342442542642742842943043143243343443543643743843944044144244344444544644744844945045145245345445545645745845946046146246346446546646746846947047147247347447547647747847948048148248348448548648748848949049149249349449549649749849950050150250350450550650750850951051151251351451551651751851952052152252352452552652752852953053153253353453553653753853954054154254354454554654754854955055155255355455555655755855956056156256356456556656756856957057157257357457557657757857958058158258358458558658758858959059159259359459559659759859960060160260360460560660760860961061161261361461561661761861962062162262362462562662762862963063163263363463563663763863964064164264364464564664764864965065165265365465565665765865966066166266366466566666766866967067167267367467567667767867968068168268368468568668768868969069169269369469569669769869970070170270370470570670770870971071171271371471571671771871972072172272372472572672772872973073173273373473573673773873974074174274374474574674774874975075175275375475575675775875976076176276376476576676776876977077177277377477577677777877978078178278378478578678778878979079179279379479579679779879980080180280380480580680780880981081181281381481581681781881982082182282382482582682782882983083183283383483583683783883984084184284384484584684784884985085185285385485585685785885986086186286386486586686786886987087187287387487587687787887988088188288388488588688788888989089189289389489589689789889990090190290390490590690790890991091191291391491591691791891992092192292392492592692792892993093193293393493593693793893994094194294394494594694794894995095195295395495595695795895996096196296396496596696796896997097197297397497597697797897998098198298398498598698798898999099199299399499599699799899910001001100210031004100510061007100810091010101110121013101410151016101710181019102010211022102310241025102610271028102910301031103210331034103510361037103810391040104110421043104410451046104710481049105010511052105310541055105610571058105910601061106210631064106510661067106810691070107110721073107410751076107710781079108010811082108310841085108610871088108910901091109210931094109510961097109810991100110111021103110411051106110711081109111011111112111311141115111611171118111911201121112211231124112511261127112811291130113111321133113411351136113711381139114011411142114311441145114611471148114911501151115211531154115511561157115811591160116111621163116411651166116711681169117011711172117311741175117611771178117911801181118211831184118511861187118811891190119111921193119411951196119711981199120012011202120312041205120612071208120912101211121212131214121512161217121812191220122112221223122412251226122712281229123012311232123312341235123612371238123912401241124212431244124512461247124812491250125112521253125412551256125712581259126012611262126312641265126612671268126912701271127212731274127512761277127812791280128112821283128412851286128712881289129012911292129312941295129612971298129913001

53

150

112-03

100

100

100

100



100

10



100

5ABENI SERVADORA S/A

09 MAIO 2018

RECEBIDO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017893/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2018 08:09 Data/Hora Fim: 26/04/2018 08:24  
Delegado de Polícia: Uziel de Castro Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Atto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/12/2017 07:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Avenida Olímpica

Bairro: Jardim Tropical

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1085. Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Água Branca

Sexo: Masculino

Nasc: 21/03/1991

Profissão: Militar do Exército

Educational: Ensino Superior Completo

Estado Civil: Solteiro(s)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Narcisa Maria da Sousa

Nome do Pai: Elias Jose de Azevedo

Documento(s):

RG - Carteira de Identidade: 506329-5

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 013.797.752-21

Endereço

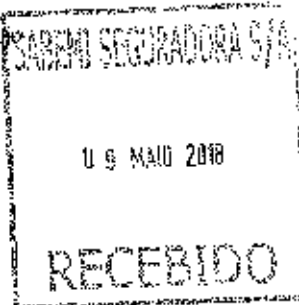
Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua 05

Bairro: Jardim Tropical

Telefone: (96) 98111-0806 (Celular)

Nº: 440



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motocicleta
Placa: NAM3191	Número do Chassi: 10633
Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011	Cor: PRETA
UF Veículo: Roraima	Município Veículo: Boa Vista
Marca/Modelo: HONDA/H17 125 ES	Modelo: HONDA/H17 125 ES
Veículo Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Anauan Araujo de Sousa	Possuidor

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 0176932018

## RELATO/HISTÓRICO

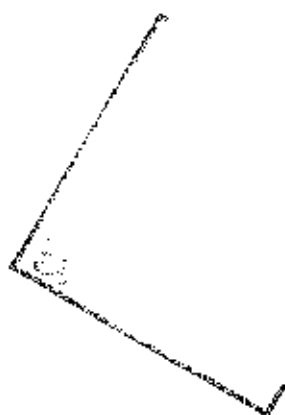
O comunicante informa que trafegava pela Avenida Glenpica, sentido bairro, conduzindo a moto Honda 125 ES, placa NAM 3191/RR, Chassi 9C21C42826R012833, de propriedade de JEAN PAULO MACEDO LIGARTE DOS SANTOS, quando ao passar por uma obra que havia na avenida, caiu em um buraco, perdeu o controle e caiu sofrendo lesões corporais. Que foi levado ao PSE do HGR por sua irmã. Que registra para fim de seguro DPVAT. Era o relato.

## ASSINATURAS

Erico Wallace Bossa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

Amzuan Aranc de Sousa  
(Vilima / Comarcante)

“De acordo com o Regulamento de Atividade dos alunos, o(a) responsável por cada intervenção deverá ser informado(a) sobre o conteúdo da intervenção e o nome do(a) estudante participante, bem como o nome do(a) professor(a) responsável pela intervenção. O(a) responsável deverá assinar o termo de consentimento e o termo de responsabilidade do(a) estudante participante.”



4013

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



00884097	25/12/2017 08:03:51	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19		4
Paciente:	MAIAJAN ARAUJO DE SOUSA	Data Nascimento:	21/03/1991	Idade:	26 A 9 M 4 D	CNS:	708202192073842
CPF:	00080972	CPF:	01379775221	CPF:	00080972	CPF:	00080972
Nome Doc:	Documentos	Órgão Emissor:	SSP RR	Data Emissão:	29/02/2015	Sexo:	M
Identidade:	3151628	Estado Civil:	SOLTEIRO	Raça/Cor:	APARDA	Naturalidade:	AGUA BRANCA - PI
Mãe:	MARCISA MARIA DE SOUZA	Pai:	ELIAS JOSE DE ARAUJO	Contato:	(95) 99141-1166	Ocupação:	MILITAR
Endereço:	RUA - 66 - 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR						

Plano de Recus:	Plano Convênio:	Nº da Carteira:	Validade:	Autorização:	Sis. Prer. Priv:
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Caráter do Atendimento:	URGÊNCIA	Profissional do Atend.:	Procedência:	Temp.:	Poso:
ADIDENTE DE MOTO					
Tipo de Chegada:	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.:			
GRANDE TRAUMA					
Queixa Principal:	<input type="checkbox"/> Síndrome Febil <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese da Enfermagem:	GSC:	TOTAL:
	AO: 1234 R: 12345 M: 123456	

Exame Físico:

ACIDENTE DE MOTO

GRANDE TRAUMA

Queixa Principal:

Hipótese Diagnóstica:

ACIDENTE DE MOTO

GRANDE TRAUMA

Exames Complementares:

RAIO-X

ULTRA-SON

ECG

OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Prescrição		
Prescrição		
Prescrição		

RECEBIDO

09 MAIO 2018

RECEBIDO

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Assinatura do Médico:

Carimbo

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Assinatura do Médico:

Carimbo