

ITAU - 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: 00000006541-5

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 Bloqueio articular do cotovelo esquerdo acarretando déficit funcional acentuado do membro superior esquerdo e
médico pericial: 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 n°: 12897706

A/C: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180210994
Vitima: 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.

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 - Orgão 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? [X] Sim [] Não**

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

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

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Membro Superior Esquerdo

% 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

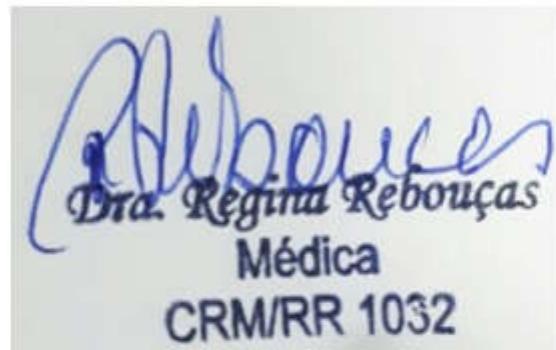
Região Corporal

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

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.



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	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				D.URNO 07-19
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ANAUAN ARAUJO DE SOUSA		21/03/1991	26 A 9 M 4 D	708202192073842	01379775221	00080972
Sexo	Estado Civil	Reça/Ger	Naturalidade	Nacionalidade		
Mãe	SOLTEIRO(A)PARADA		AGUA BRANCA - PI	BRASILEIRA		
Endereço	ELIAS JOSE DE ARAUJO		Contato	(95) 99141-1166		
RUA - 05 - 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada		Procedimento Sel.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTÂNEA			LIZA.MARIE		
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem		GSC				
		TOTAL				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 1 h)		AU: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Exame Físico 						
Hipótese Diagnóstica 						
SADT - Exames Complementares 						
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
Conduta 						
Óbito		IML Análise Pátologica				
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Destino: <input type="checkbox"/> Família				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbos e Assinatura do Médico

09 MAIO 2016





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScrição MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		RAV 520 50228		
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	DATA	
ITÉM		PREScriÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		man	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6HS		12/12/16	
4	TENOXICAM 40MG IV, 1X/DIA		12	
5	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h SE DOR OU FEBRE		S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS		12/12/16	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 H		R. S. LIMA	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHg		S/N	
14				
15				
16				
17				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 6UI; 351-400; 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE > 90% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
19				
20				

Dr. Max Souza Mário
Ortopedista / Traumatologista
Medicina de Trânsito
CRM 393 - RR

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	36.3	27	
18 H				
24 H				

Bloco 3
NIR
Regulado
para leito
401-3
Regulação Interna

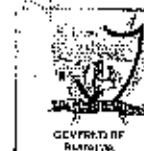
09 MAIO 2018

RECEBIDO

PA: 150/80 P: 80 Tax: 33,36
obs: não foi enxigicada a PR per sonda de capnografia. Dr. G. S. Aragão

6-6 PR: 180X80 P: 61 Tax: 35,3

Gredione S. Aragão
Tec. Enfermagem
CORRELAÇÃO DE ELETRO



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 COTOVÉLO ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DATA	26/12/2017
ITEM	PREScrição			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL livre			S/D	
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS			S/D	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			susp	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ			susp	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/D	
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H			S/D	
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA			S/D	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/D	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			SSVV	
11	CURATIVO DIÁRIO			S/D	
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			SUSP	
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: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VI	PA	FC	FR	
6 H	140/80	90	20	36 C
12 H	140/80	80	18	36 C
18 H	140/80	70	18	36 C
24 H	140/80	80	18	36 C

Dr. MARCELO MARQUES CRM
 1918
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Assinatura de Dr. Marcelo Marques
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 781.366-TE

Assinatura de Dr. Marcelo Marques
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 781.366-TE

Assinatura de Dr. Marcelo Marques
 Técnico de Enfermagem
 COREN-RR 781.366-TE



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	27/12/2017
ITEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL Livre				
2	SF 0,9% 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				SJSP
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: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T
6 H	140/90	30	20	36,5°C
12 H	142/102	76	20	36,3
18 H	140/100	70	20	36,5
24 H	150/90	78	20	36,6°C

Dr. MARCELO MARQUES CRM
19180
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

09 MAIO 2018

RECEBIDO

Julio Maria Ferreira de Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-RN 281.360-TE

... administrado hidratante, aliviado
e que aos cuidados da enfermagem. Fiz. J. M. F. S.

 GOVERNO DE RORAIMA Marcelo Miranda	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA HGR				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
	DATA DE ADMISSÃO	DIH	25/12/2017	DN	21/03/1991
	PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA				
AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO					
ALERGIAS			DM2		
IDADE 26 ANOS	LEITO 401-3	DATA 28/12/2017			
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL Livre			S/23	
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS			12/24	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			susp	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ			S/24	
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N	
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H			24/24	
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV, 8/8 HORA SE DÓR INTENSA			S/24	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/24	
10	SSVV + CCGG 6/6 H			S/24	
11	CURATIVO DIÁRIO			S/24	
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			S/24	
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: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	T
6 H	140/80	67	48	36,7
12 H	130/80	78	20	36,6
18 H	140/80	78	21	36,7
24 H	140/80	64	18	36,4

Dr. MARCELO MARQUES CRM

1918

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Unid. 7 da B-1 Andar na Unidade CAV
 Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 006.411.634

13:00 às 19:00 - Administrando
 medicamentos de fracionado, Aferir
 SSVV, segue seu cuidado
 dos da enfermagem

Julia Maria Pereira de Souza
 Técnica de Enfermagem
 COREN-RR 570.674-TE



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: ANAUAUAN ARAUJO DE SOUSA

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO

ALERGIAS:

IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DATA	29/12/2017
-------	---------	-------	-------	------	------------

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	DIETA ORAL livre	
2.	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS	
4.	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	
5.	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	
3.	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
7.	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H	
3.	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.		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

09 MAIO 2018

RECEBIDO

#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 LABORATORIAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Realizada exa. radiográfica, mas apresentou
de 5mm. Pode ser 10mm.
10mm. Pode ser 10mm.
Paciente refere que sente
dores no cotovelo direito.

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. MARCELO MARQUES CRM

1918

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Janilson Marques de Souza
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 776.767-TEC

Além de medicamentos conforme PAA.
Fratura de CTF, a ser
sob tratamento.

SSVV
Jucilene P. de Magalhães
Enfermeira de Enfermagem
N.º: 1248.245-TE

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 DM2						
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DATA	30/12/2017	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO		
1	DIETA ORAL livre			S/N		
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS			S/N		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			susp.		
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			106		
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			NobnG		
11	CURATIVO DIÁRIO			10		
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			12/18 04/06		
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 ALTRUAÇÕES.

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

#SOLICITADO:

#CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V.	PA	FC	FR		Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	140x90	74	18	36,0	
12 H	140x90	76	16	36,7	
18 H	140x90	74	16	36,6	
24 H	130x90	76	16	36,3	

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			
ALÉRGIAS	DM2			
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre			S/N
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS			16
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			susp.
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			6/6
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H			8/8
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA			5/5
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			5/5
10	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina
11	CURATIVO DIÁRIO			rotina
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			30 18
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				RECEBIDO

SEGURADORA SIA

8 MAIO 2010

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	T	Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	100/80	70	100pm	36,2°C	
12 H	100/80	66	19	36°C	
18 H	100/80	74	20	36,4°C	
24 H	100/80	74	19pm	36,1°C	

Frusciel de Alencar Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 151.318-TE

Admitido medicado de histeria compunha
pela clínica médica, afeto Senai. Listado

Sarah Moraes Chaves
COREN-RR 907.356-42

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		DM2				
IDADE		26 ANOS	LEITO	401-3	DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL livre			18:00		
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS			18:00		
4	TENOXICAM 40 MG. IV, 1X/DIA			susp.		
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			10:00		
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			10:00		
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H			10:00		
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA			10:00		
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			10:00		
10	SSVV + CCGG 6/6 H			10:00		
11	CURATIVO DIÁRIO			10:00		
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS			10:00		
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; \geq 400: 10 UI E OU GLICOSE \leq 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 LABORATORIAIS

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	120/80	40	30	26,60
18 H	120/80	40	30	26,80
24 H	120/80	44	18	26,60

Dr. MARCELO MÁRQUES CRM
1918
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

08/01/2018 08:00 Dr. Marcelo Marques a medicinação do
paciente é de 1000ml de soro fisiológico e 1000ml de medicinação de
cefalotina 1g ev. 6/6 horas.

José de Alencar Gomes
Técnico de Enfermagem
CERTIFICADO DAT 477-TEC



40-3

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 BANAUAN 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	5/12
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS	12/12
4	TENOXICAM 40 MG. IV, 1X/DIA	susp
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	06
6	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	5/12
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H	12/12
8	TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA	5/12
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	5/12
10	SSVV + CCGG 6/6 H	5/12
11	CURATIVO DIÁRIO	5/12
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS	5/12
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: SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VÍ	PA	FC	FR		Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H					
12 H	130/74	72		36,0	
18 H	131/69	86	20	36,40	
24 H	145/80	79	17	36,0	

6) PA = 162 X 110 = 17,64. adm a medicacao

P = 64
P = 34,96
R = 16

do item 9 com PA = 162 X 110 = 17,64. Lázaro Alves Gómes

Técnico de Enfermagem
COREN-RR 907.677-FEC

Assinatura: *[Signature]*
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 907.677-FEC

401-5

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	DM2				
IDADE	26 ANOS	LEITO	401-3	DATA	03/01/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SN
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12 HORAS				48
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				susp
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHÃ				10620
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
7	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H				11:00-12:00
5	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
16	SSVV + CCGG 6/6 H				Recomendado
11	CURATIVO DIÁRIO				Recomendado
12	CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS				18:00-21:00
13					
14					
15					As 22.00h paciente sente fome
16					Tomar sonda de enema
17					Cirurgia planejada para amanhã
18					17/01/2018, às 11:00h
19					Ortopedia
20					Ortopedia
<p>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</p>					

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

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

#SOLICITADO :

#CONDUTA : SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

#PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS V.	PA	FC	FR	T	Dr. MARCELO MARQUES CRM 41918 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	120/80	91	-	36,2°	
12 H	120/80	-	-	36,2°	
18 H	120/80	73	25	36,5°	
24 H	120/80	67	-	36,0°	

Alívio - Analgésico

Medicamentos ex: m

ASSISTENTE

Residente

17:30 Faz. no leito. Realizado
procedimento de lotes SSVV
Gdm. med epir. Sugere com
cuidados de enfermagem



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Thiavana Araújo de Souza

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

RIO 312021192107318412

8 - DATA DE NASCIMENTO

31/08/84

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Neuza Maria de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO (RUA, N.º, BARRA)

Rua 08 444 Jardim Tropical

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

31200-000

17 - PRINCIPAIS SÍMOS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pete sofreu fract supra esq clav. de úmero (E)

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatolog.

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

Ex. Clínico + Ro

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fract de úmero distal (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CÓDIGO DE ADRS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosíntese de fract de úmero distal (E)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

04/01/18

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURODORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

37 - N.º DO REGISTRO

38 - SEGURO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() INDEPENDENTE

() DESINVESTIDO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

04.08.02.0383-0 3437

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 09/01/18 O.S. _____

Amawar Araujo de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frat de úmero distal (2)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteosíntese de frat de úmero distal (2)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO: Moxo

1º AUXILIAR: Jonathas

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESIAS: Adonias

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

H.M.:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Fete em DIA sob anestesia
- ② Antissepsia + Asepsia
- ③ Desmbranamento de lesão de pele na face lateral do cotovelo
- ④ Fixação cl o FK 2.0 cruzadas a partir do epicondilo medial e outras a partir do epicondilo lateral.
- ⑤ Controle radiofígio
- ⑥ Curativos

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Jardim
CRM-RR 1.550 TEOF 14272



1860

ESTATE PLANNING FOR

2010/01/11 10:02

Amor em Amazônia de Serra, 32 Km
DE MEDIOACAO - DROGA - DOSE - 100% - eficácia

PRP MEDICACAO - BROCK - DOSE - 4000U - EFEITO
ap - NT - 24000U - 24000U - 24000U
MDR - 5000U - 5000U - 5000U

ANSWER: 100%
100% of the time, we are going to have 100% of the time
PENN!

त्रिविद्याम् त्रिविद्याम् त्रिविद्याम् त्रिविद्याम् त्रिविद्याम्

١- الخطاب (٢) الخطاب (٣) الخطاب (٤)

Georgian and Armenian
Geological Survey

11. Notenring (R. Pfeifer) Mex / Sonoran

5. Perryfield ¹⁸²⁰ ~~1820~~
G. W. Johnson ¹⁸²⁰ ~~1820~~

10

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
20111038 Re-Auditoria de 1401-3		1401-3	4	11/01/17	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Cirurgia de Fístula Uretral		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		9:15:00	23:00		
EQUIPE MÉDICA					
CRURGIÃO	DR. V. B. X.		ANESTESISTA:	Enf. Ademias	
1º AUXILIAR			RES. ANESTESIA:	01º Enf. Ademias	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR		
CIRCULANTE					
Cláudencia + Maracy		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURIN°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
			1	OUTROS: Eletrodos	

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: ANTONIO SANTOS de SOUZA APT OU LEITO: 403-3 NR DO PRONTUÁRIO: DATA: 1/01/11

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
<u>1600 - 00 - 00h. 00m 00s</u>	<u>INICIO: 00:00:00 FIM: 00:00:00</u>
	TEMPO TOTAL

CIRURGÃO: <u>DR. ALDO</u>	ANESTESISTA: <u>DR. ALDO</u>
---------------------------	------------------------------

1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: <u>DR. ALDO</u>
-------------	---------------------------------

2º AUXILIAR	CIRCULANTE: <u>DR. ALDO</u>
-------------	-----------------------------

TIPO DE ANESTESIA: <u>GA. P. B.</u>	TEMPO DE DURAÇÃO: <u>00:00:00</u>
-------------------------------------	-----------------------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.			FRASCOS- SORO FISIOLOGICO	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SHM AGULHA N°	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1	LÂMINA BISTURIN° 45			FIO CATGUT SIMPLES N°	
1	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
1	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
1	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDA N°	
1	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
			1	OUTROS: <u>00:00:00</u>	

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

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DA INSTRUÇÃO ANESTÉSICA

ANESTESIA E CIRURGIA

**ANTES DE O PACIENTE SAIR PARA A DE
OPERAÇÕES**

Nome da Clínica: Clínica São José
Endereço: Rua 10 de Junho, 1000, Centro

Paciente: Donizete
Sexo: M
Idade: 30
Cidade: Porto Velho
UF: Roraima

Profissão: Funcionário
Endereço: Rua 10 de Junho, 1000, Centro

Equipe se apresentaram pelo nome e função: Sim Não

Cirurgião, anestesiista e enfermeiro confirmaram verbalmente:

Certificação do paciente

Síntese cirúrgico

Procedimento
1. O nome do procedimento
REGISTRADO

Sim Não
2. Se as contagens de instrumentos cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas

Sim Não Não se Aplica

3. Como a amostra para anatoma patológica está identificada (incluindo o nome do paciente)

Sim Não Não se Aplica

4. Verificação de segurança anestésica CONCLUI:

O oxímetro de pulso no paciente em funcionamento

O paciente possui:

Respiração contínua

Não

Síntese cirúrgica de aspiração

Não

Síntese cirúrgica de aspiração de não é eqi. para reseccão de órgãos disponíveis

Não

A área cirúrgica de aspiração

Não

Síntese cirúrgica de aspiração de órgãos disponíveis

Não

Síntese cirúrgica de aspiração de órgãos disponíveis

Não

Revisão da equipe de anestesia:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

Revisão do cirurgião:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

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

Revisão da enfermagem:
Se há algum problema com equipamento para ser resolvido

Sim Não

O cirurgião, o anestesiologista e a equipe de enfermagem revisam as preocupações essenciais para a recuperação e o manejo deste paciente

Sim Não Não se Aplica

Rosa M. F. Sá
Enfermeira Sá
Qual: 10/10/2012 Horas: 10:00

Sim Não

Anestesia e sedação

Não



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE ANNAIAN MARIA DE SOUSA, 46 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 25/12/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de úmero distal, esquerdo

NO DIA 04/05/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSÍNTESE DE FERIDA MENO DÍGITO (E) SENDO
OPERADO PELO DR. MÁX E DR. DONATHAN

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 04/09/18 AS 12:00 horas EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 12/10/1988, ÀS 14:00 horas, COM O
DR. M.A.V

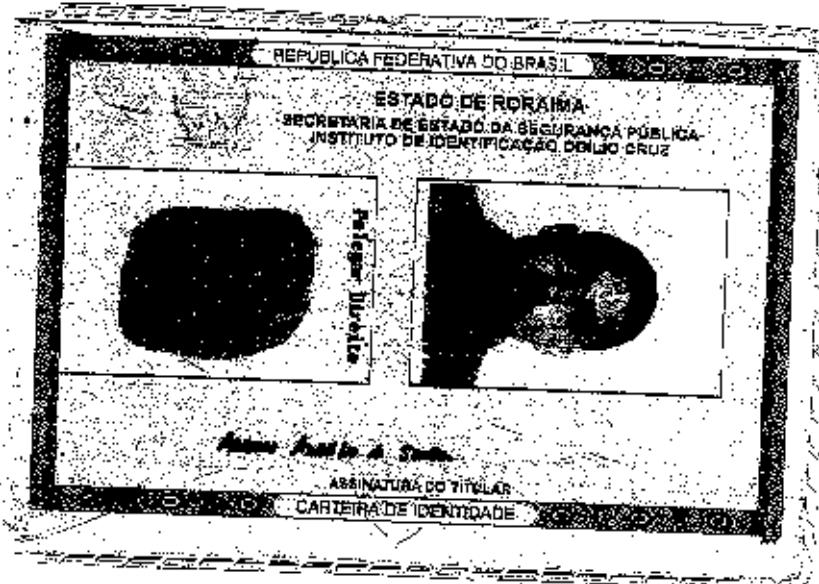
ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 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.

PACIENTE RECEDE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DE *T 45-1010*

BOA VISTA, 101-18

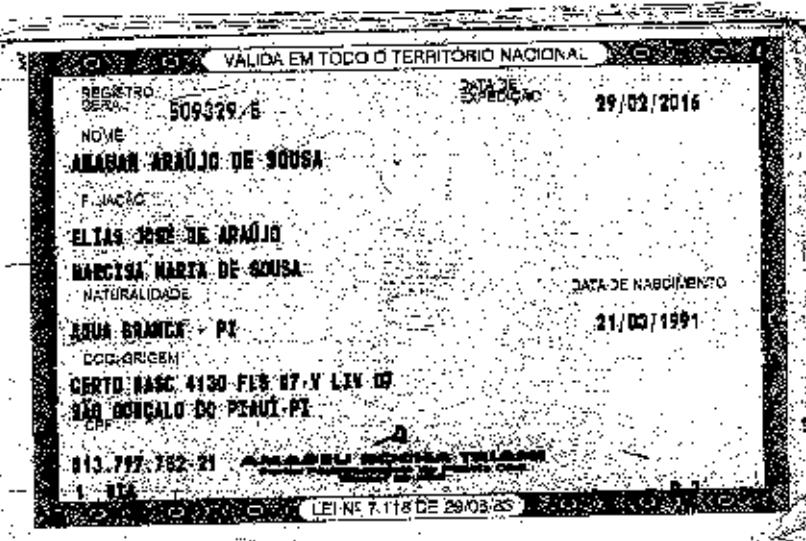
Dr. Ernesto Farquhar
M.D., F.R.C.P. (C)
Fellowship in Internal Medicine
1950-1951
MEDICO



ESTADO DE RORAIMA - SIC

09 MAIO 2018

RECEBIDO



VERIFICACION DE IDENTIDAD Y CANTIDAD DE DROGAS
DEPARTAMENTO DE POLICIA NACIONAL
SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

NOMBRE: GENTILIS COSECHA CORTAS	
DIRECCION: Calle 10 de Noviembre, 3147995 NRP 300	
CFN:	07/07/1980
758.657.152-00	02/03/1997
SEXO: HOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO: 07/07/1980	
ESTADOCIVIL: CASADO	
OCCUPACION: ESTUDIANTE	
TIPO DE DROGA: COCAINA	FECHA DE EXPEDICION: 26/03/2013
FECHA DE EXPIRACION: 25/03/2024	VALIDAD: 00/00/0000
FIRMA: GENTILIS COSECHA CORTAS	
ESTADOCIVIL: CASADO	
TIPO DE DROGA: COCAINA	FECHA DE EXPEDICION: 25/03/2013
FECHA DE EXPIRACION: 25/03/2024	VALIDAD: 00/00/0000
FIRMA: GENTILIS COSECHA CORTAS	

905314502





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 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:

013.769.452-21

Nome completo da vítima

José Luiz Alencar de Freitas

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Luiz Alencar de Freitas	013.769.452-21	militar
Endereço	Número	Complemento
Rua 05	4421	casa
Bairro	Estado	Telefone (DDD)
Centro	SP	11 314-6000
Email		11 91174-5392

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO 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

(*) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 LIBRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
Nº:

35000

Dv:

CONTA
Nº:

00541

Dv:

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(*) CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO
Nº:

Nº:

AGÊNCIA
Nº:

Dv:

CONTA
Nº:

Dv:

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Ricardo R. O. de Freitas

Local e Data

08 MAIO 2018

José Luiz Alencar de Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

卷之三

卷之三

卷之三

108

110

卷二

THE HISTORY OF THE AMERICAN REVOLUTION

104

卷之三

118

3300 3 13 3323 3214 3 3 21485
SAC 3084 126 3 29 3123 32 345 341

100

AMERICAN JOURNAL OF NUMEROLOGY

100

THE BOSTONIAN SOCIETY

10

SABEMI SEGURADORA S/A

06 MAY 2010

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 08:08 Date/Hora Fim: 26/04/2018 08:24
Delegado de Polícia: Oziel de Castro Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Delegacia de Acidentes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Endereço: Avenida Olímpica

Bairro: Jardim Tropical

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Modo(s) Empregado(s)
1085. Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA (VITIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade/PI : Águia Branca Sexo: Masculino Nasc: 21/03/1991

Profissão: Militar do Exército Escolaridade: 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

06 MAIO 2018

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Endereço: Rua 06

Nº: 440

Bairro: Jardim Tropical

Telefone: (96) 98111-0096 (Celular)

RECEBIDO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

Placa: NAM3191

Número do Chassi: 10630

Ano/Modelo Fabricação: 2011/2011

Cor: PRETA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/HI7 125 FS

Modelo: HONDA/HI7 125 FS

Veículo Adulterado? Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Anauan Araujo de Sousa

Possuidor

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 017693/2018

RELATO/HISTÓRICO

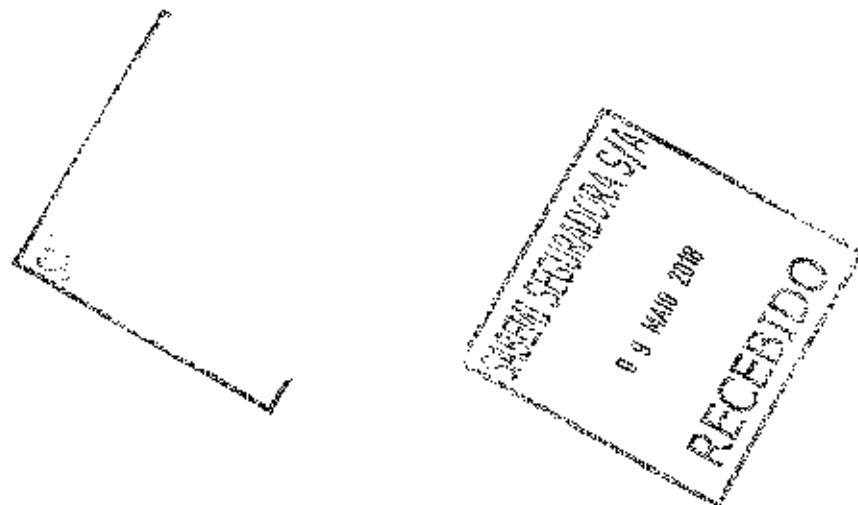
O comunicante informa que trafegava pela Avenida Olímpica, sentido bairro, conduzindo a motoneta HONDA CBZ 125 t/S, placa NAM 3791/RR, Chassi 9C2LC48260R012033, de propriedade de JEAN PAULO MACEDO LUGARTE DOS SANTOS, quando ao passar por uma obra que havia na avenida, caiu em um buraco, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi levado ao PSE de HGR por si a ihm. Que registre para fim de seu ato. HVA/T. Era o relato.

ASSINATURAS

Erico Wallace Bossa Ranch
Responsável pelo Mercado Ativo

Anuan Araujo de Souza
(Filima / Encarregado)

“Último caso de Síndrome de Creutzfeldt-Jakob (CJD) registrado no Brasil. Informações sobre o caso, aspectos clínicos e comentários sobre a doença”



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



2019841927 25/12/2017 08:13:55

FICHA DE ATENDIMENTO - TÉCNICO MATERIAIS

BU-PN0103-19

1

Paciente		Ponto de Atendimento		Avançado		Diagnóstico	
MARIA ARAUJO DE SOUSA		Data Nascimento 21/03/1991		Idade 26 A 9 M 4 D		CNS 708202192073842	
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	CPF 01379775221		Prontuário 00080972		
DOCUMENTO 3151828	Órgão Emissor SSP RR	Data Emissão 29/02/2016	Sexo M		Naturalidade AGUA BRANCA - PI		
Mae	SOLTEIRO(A)PARADA		Pai ELIAS JOSE DE ARAUJO		Nacionalidade BRASILEIRA		
NARCISA MARIA DE SOUZA				Contato (95) 99141-1166			
RUA - 06 - 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR						Ocupação MILITAR	
Plano de Resgate		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Ponto de Atendimento		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Autorização	
ACIDENTE DE MOTO						Sis Prontuário	
Atend.		Tipo de Chegada		Procedência		Temp.	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Peso	
Quinta Princípal						Pressão	

Apresentação do Esferodínamo

GSC TOTAL
AO: 12345 RIC: 23456 MRV: 123456

Quattromese - (HORA DA CONSULTA - 10h) **Acidente** c/ **intoxicação**
- **alcool** (3) **baseado** (3)

Example 5

DynTese Diagnóstica

SACT-Exames Complémentaires

RECEBIDO: <input checked="" type="checkbox"/> Atendido (Declarar Medico) <input checked="" type="checkbox"/> Atendido (Paciente) <input type="checkbox"/> Alta e Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: Dr. Teixeira	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e hora da Saída/Ata: 07/08/2010 10:00
--	---

Atende ao 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IMI - Anamnese Patológica ()

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: lza.marie
Data/Hora: 25/12/2017 08:03:09

