

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 8 - CIRURGIA
PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532698

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002084-2

Conta: 000001000475-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190532698

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Data do Acidente: 21/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 346.001.913-15 4 - Nome completo da vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DAS ROSEIRA

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

5 - Nome completo: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA ROSEIRA 6 - CPF: 346.001.913-15
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: RUA FLAMBOIAN 9 - Número: 511 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314.184
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 959 9170 5016

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 1000475-6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 16 SET 2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista-RR 11/09/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Alzenira Teixeira Mourão da Silva Roseira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 104/2019/DAT - Boa Vista - RR, em 03/05/2019.

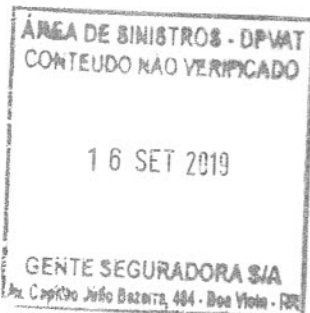
COMUNICANTE: ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO
RG: 109794 SSP/RR CPF: 346.001.913-15 NATURALIDADE: CODÓ-MA
ENDEREÇO: RUA FLAMBOIÃ, Nº 511 - JARDIM PRIMAVERA
CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AGRICULTURA
DATA DE NASCIMENTO: 05/01/1968 IDADE: GRAU DE INST: ENS. MÉDIO COMP.
ESTADO CIVIL: CASADA TELEFONE: 991705016 Nº REG. CNH: 1415847328
NOME DO PAI:
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA SILVA MORÃO

O comunicante, que é habilitada, compareceu nesta Delegacia Especializada, para informar que 'que no dia 21/07/2019, aproximadamente às 19:00 horas, quando seguia pela Avenida Mário Homem de Melo, Bairro Santa Tereza, sentido Bairro, conduzia a MOTOCICLETA BIZ 125 EX, PLACA NAV 8788, CHASSI 9C2JC4830FR006409, de propriedade de JOSÉ DA SILVA ROSEIRA, quando na ocasião um veículo (CARRO) de PLACA e condutor não identificados, que fazia uma manobra para entrar na garagem, cruzou na frente do veículo conduzido pela comunicante, fazendo com que a mesma efetuasse uma freada brusca, perdendo o controle do veículo vindo a mesma a cair. Informa ainda que em decorrência da queda veio a fraturar a perna e o tornozelo, ambos do lado direito. Segundo a comunicante, foi conduzido ao HGR pelo SAMU para atendimento médico e que este registro é para fins de SEGURO DPVAT, bem como PREVIDÊNCIA SOCIAL. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA.

CARLOS REGES CUNHA
- Agente de Polícia
Mat: 042000372

ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO
Comunicante



O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista - Roraima - Brasil

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2084 CONTA: 1000475-6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve impossibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Bravo II

FICHA DE AVALIAÇÃO



Unidade:

Equipe:

Bomba I natalino

Paciente:

ALEXANDRA TEIXEIRA MOURÃO

Idade:

50

Sexo:

F

Endereço:

A. marinho H. mello

Sta. Teresita

Nº

13 589

DATA

21/07/18

HORA:

19:15

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) GRM:

Dr. J. J. J.

19:17

MOTIVO

☒

SOCORRO

☐

TRANSPORTE

☐

ATENDIDO NO LOCAL

☐

OUTRO

Trauma

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL

Cinto ☐ SIM ☐ NÃOVítima ☐ projetada☐ encarceradaAir Bag: ☐ SIM ☐ NÃO

Motorista:

Passageiro ☐ dianteiro☐ traseiro☐ Capotamento☐ Atropelamento☐ Colisão

MOTO:

☒ Condutor☐ CaronaCapacete ☒ SIM ☐ NÃO☒ queda☐ Atropelamento☐ Colisão

BICICLETA:

☐ Condutor☐ Carona☐ queda☐ Atropelamento☐ Colisão

VIOLÊNCIA

☐ FAB☐ PAF☐

Espancamento

☐☐ Violência Doméstica☐ Violência Sexual☐ Tentativa de suicídio☐ Outro:

OUTROS

☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica☐ Queimadura Agente☐ Agressão p/ animal☐ Outros:

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas

☐ Dispneia☐ Bradpneia☐ Taquipneia☐ Resp. Ruidosa☐ Obstruída☐ Apnéia☐ Outro: (E)

Ventilação

☐ M.V. Diminuído☐ M.V. Ausente☐ Hipertimpanismo☐ Maciez☒ Ferida Aspirativa☒ Espontânea

Circulação

☐ Bradicárdico☐ Taquicárdico☐ Arritmico☐ Enchimento

capilar acima de 2"

☐ Ausente☒ SIA

Aval. Neurológica

☒ AVDN☐ Miose☐ Midriase☐ Anisocoria☐ Otorrêia☐ Rinorrêia☐ Aparentemente alcoolizado☐ DNV

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	144/90	100	20	100			J3	
Fim	144/80	96	20	99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☒ Quente	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Pálida	☐ Laceração	☐ Lacerações	☐ Hematoma	☐ Tórax Instável	☐ Distendido
☐ Fria	☐ Hematoma	☐ Lacerações	☐ Desvio da traquéia	☐ Resp. paradoxal	☐ Em tábua
☐ Úmida	☐ Afundamento	☐ Ferimento ocular	☐ Enfisma Sub-Cutâneo	☐ Tamponamento	☐ Doloroso
☐ Seca	☐ Fer. Penetrante				☐ Evisceração
☐ Cianótica					
Pelve	Coluna Dorsal	Membros			
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☒ Fratura	☒ Fratura
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Amputação	☐ Amputação
☐ Dor	☐ Dor	☐ Lacerações	☐ Lacerações		
☐ Instabilidade		☐ Luxações	☐ Luxações		

AVALIAÇÃO CARDÍACA

☒ Ritmo Sinusal

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Filuter

☐ Fibrilação atrial

☐ Fibrilação entricular

☐ Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

☐ Respiratória

☐ Neurológica

☐ Psiquiátrica

☐ Metabólica

☐ Cardiovascular

☐ Aborto

☐ Digestiva

☐ Infecçiosa

☐ Obstétrica

☐ Pediátrica

☐ Outra

HISTÓRIA PEGRESSA

☐ Diabetes

☐ Cardiopatia

☐ HAS

☐ Medicação de uso

☐ Alergias

☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO☐ SEVERA☐ PEQUENA☐ MORTE☐ MÉDIA☐ INDETERMINADA☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Marcos Felipe Diniz

Médico

CRM/R 1869

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☒ Polícia Militar NBA 9057

☐ Guarda Municipal

☐ SMTRAN

☐ Bombeiro

☐ Outros:

SAMU 192-BV

CONFERE COM

ORIGINAL

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Basiléia

Stephanie

F. 11

☐ Iniciada as:☐ Término as:☐ RCP com sucesso☐ RCP sem sucesso☐ Obs.:

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

INCIDENTE

RCP

1537

DESTINO

- ☐ Atendido no local
☒ Trauma HGR
☐ Pronto Atendimento
☐ Coronel Mota

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

- ☐ Cosme e Silva
☐ HCSA
☐ Maternidade
☐ Outros

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 03/05/19

Stephanie
 Ribeiro

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RJ

ERTECE
DO
PACIENTE

Descrição:

Nome do Receptor:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

TERMO
DE
RECUS

Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente:

RG:

Às 19:15H - Jovens acionados para atendimento ocorrência de acidente de trânsito; onde de fato ocorreu, encontrando a paciente em decúbito dorsal, realizado protocolo de trauma, pança rígida, edar cervical, imobilização do membro, pulso ventral, calibre 20, com medicação conforme orientação do médico regulador, DSVU estável,

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

ps e procedimentos supra citados paciente encaminhada.

obs. Informo que R NBA 9057 da PM nossa UTR foi iniciada pelo comandante da milícia e mesmo muito atordoado com a paciente a qual foi protegida.

equipe da Bravos
 ventriculares ameaça
 parte do militar
 do consta no
 tinal ocorrência
 anexo a ficha.
 outro resumo Estênia

Estênia Maria Magalhães Pereira
 Téc. de Enfermagem/Instrumentadora Cirúrgica
 COREN-RR 418.571-TEC

GESTANTE

Movimentos fetais:

BCF:

[] Com cartão [] Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

2 ataduras de 20 cm
 2 dupes de 101 ml 40mg
 01 seringa de 20ml, 01 p/100 mg



Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO

0039413-0

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003463740

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Boa Vista - RR

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
GOSTO/2019	06/09/2019	297	235,90

LZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
FLAMBOIAN 511 JARDIM PRIMAVERA
PF: 00034600191315

EP: 69.314-184 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.097900

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	42200		20/08/2019
Anterior:	41963		18/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		19/09/2019
Consumo Medido:	297		Próxima Leitura:
Consumo Faturado:	297	FCAM	16/08/2019
			Emissão:
			20/08/2019
			Apresentação:
			33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
ESID: BX: RENDA	81	E2827640	N 1511330	1.4-1.2	422

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 361	CONSUMO 30 A R\$ 0,264933 = 7,94
JUN/19 229	70 A R\$ 0,454166 = 31,79
MAI/19 431	120 A R\$ 0,681256 = 81,75
ABR/19 492	77 A R\$ 0,756944 = 58,28
MAR/19 429	SUBVENCAO BAIXA RENDA - 49,74
FEV/19 390	CORRECAO MONETARIA DA 06/19-00 0,01
JAN/19 338	DOACAO LBV - 0800 0555099 22,00
DEZ/18 401	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00 1,56
NOV/18 564	MULTA POR ATRASO DE I 06/19-00 1,51
OUT/18 584	DIUROS DE MORA POR ATR 06/19-00 0,33
	MULTA POR ATRASO 06/19-00 3,30
	DIUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00 2,20
	ILUMINACAO PUBLICA 25,23
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,217500	
0 A 100 - 0,322500	
0 A 220 - 0,559490	
0 A 297 - 0,621650	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/09/2019. O não pagamento poderá suspender também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

IGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 22FD.E0AA.4538.8D57.B097.CD4F.0800.1BAA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	45,71	Base de Cálculo:	179,76	Alíquota ICMS:	17,00%
Energia:	96,91	Valor do ICMS:	30,55	Valor do PIS:	0,27
Transmissão:	0,00	Valor do COFINS:	1,29		
Encargos:	5,03				
Tributos:	32,11				

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	ERC			FEC			DMC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
Realizado	0,88			5,00			0,26	
FLORESTA						Período de	06/2019	Edsp. 53,39

ROT: 11.001.19.02.097900



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0039413-0

TOTAL A PAGAR - R\$

235,90

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

06/09/2019

Nº da Nota Fiscal: 003463740 FCAM

83690000002 4 35900075000 0 00000000039 8 41300819008 9



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José da Silva Roseira,

RG nº 109799, data de expedição 05/09/2018

Órgão SSP, portador do CPF nº 272.166.40349 com

domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de

Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: Flumboiant, nº 511

complemento J. Primavera, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Alzenir Teixeira Mourão da Rosa cujo o condutor era

Alzenir Teixeira Mourão da Rosa

Veículo: MOTO 2014/2015

Modelo: Biz 125 EX

Ano: Branca 2014/2015

Placa: NAV 8788

Chassi: 9C2JC4830F2006409

Data do Acidente: 21/07/2018

Local e Data: Av. Mario Homem de Melo Santa Tereza
21/07/2018

José da Silva Roseira
Assinatura do Declarante

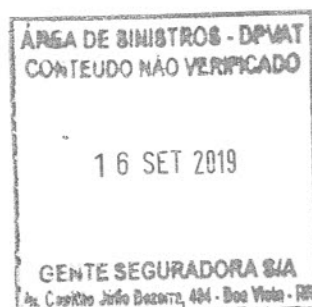
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Atalide Teive, 4307 - Alta Branca - Boa Vista/RR
Fone: (93) 3627-4186
Zoficioboavista@cartorioaquino.com.br

141240.5d78eac168c92
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s) **141.240**
*1/JOSÉ DA SILVA ROSEIRA

Em testemunho da verdade, BPO
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 11 de setembro de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalselorr.com.br
REC FIR 169286 VCI K6KPCFPAIG49 /

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos/ISS: R\$ 0.55 SELO: R\$ 1.50 Total: R\$ 4.50



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



1800984782	21/07/2018 21:08:14	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF
ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA		05/01/1968	50 A 6 M 16 D	704200262859888	34600191315
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	109794			F	NAO
Mãe	MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO		Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
			PARDA	CODO - MA	BRASILEIRA
Endereço	RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR		Contato	(95) 36274-305	
Class. de Risco			Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade
			SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Autorização	Sis Prenatal
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Temp.	Peso	Pressão
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Acidente Automobilístico

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

13

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente trazida pela mãe com relato de imobilização por trauma (queda + colisão com veículo). Última de acidente automobilístico (morte + comatose) após uso de capoteira. Nega hematomas, desmembros e perda de consciência.

Exame Físico

A - VAP axil sem crepitações

B - AVE sem RA

C - Idade hemodinamicamente FC: 85 bpm

Hipótese Diagnóstica

1 - glaucoma 13 pupilos isocóricos e laterais

2 - Fraturas em perni. (10)

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Tenociclen 10 mg EV

2) Dipiridam 0,1 g EV

3) Tramadol 100 mg EV + SP 90% 30min

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

Ortopedia

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 21/07/2018 21:09:44

© 2019
SISTEM - Soluções em Tecnologia
S/A - Rua Manoel de Barros
nº 1234 - 01070

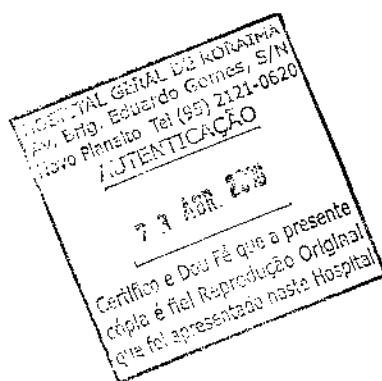
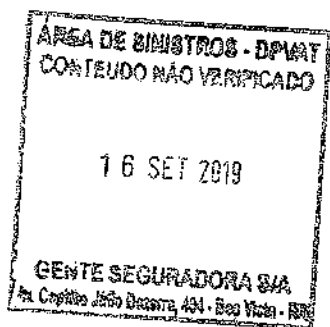


1800984782

2 Outubro - Dr Eldor

Tuoma centos em Tanguito (D) por queda de
moto. A punta Juntura de Tanguito (D) ao RX.
CD: Intussuscepção

Prof. Mariana R. R. R.
Sociedade de Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 2007



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (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 VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

0308010019
5828 T068
V295



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria Regional de Saúde - RJ

Unidade / Setor: **Unidade de Saúde da Família - UBS**
Bairro: **Alameda**

Nome do Paciente: **Almeida, Maria da Silva**
Profissionais Responsáveis: **Almeida, Maria da Silva**

Quarto

Leito

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brígida Gomes, 511
Novo Planalto, Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR 2011
Nº de Registro: **1000**
Fórmula e Dose: **Fórmula e Dose**
Fórmula e Dose: **Fórmula e Dose**

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

1. Dieta Dival, 1 litro

2. ALV. Dival, 1 litro

3. Dieta Dival, 1 litro

4. Dieta Dival, 1 litro

5. Dieta Dival, 1 litro

6. Dieta Dival, 1 litro

7. Dieta Dival, 1 litro

8. Dieta Dival, 1 litro

9. Dieta Dival, 1 litro

10. Dieta Dival, 1 litro

11. Dieta Dival, 1 litro

12. Dieta Dival, 1 litro

13. Dieta Dival, 1 litro

14. Dieta Dival, 1 litro

15. Dieta Dival, 1 litro

16. Dieta Dival, 1 litro

17. Dieta Dival, 1 litro

18. Dieta Dival, 1 litro

19. Dieta Dival, 1 litro

20. Dieta Dival, 1 litro

Fernando Rezende
Médico Residente em Clínica Geral

Regulador
para leite
Bico - F

Regulação interna

20-13

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

22.11
PA: 141+88 155 75



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



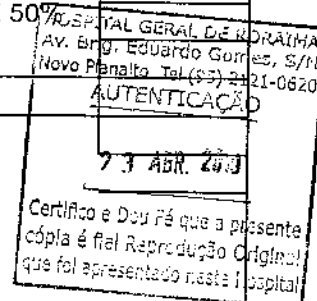
GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO			DATA	22/07/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				OND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				montr
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				02h 14h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN 12:15 02
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIARIO				m
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



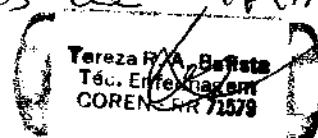
Dr. Nelson Brito
Médico Residente em
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10000

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA.	PC.	FR.	T.C.
6 H	130x70	72	20	36,3°C
12 H	133x66	69	19	36°C
18 H	140x60	68	19	36°C
24 H	136x75	73	19	36,1°C

17:20hs - Realizado procedimento de rotina SSVV, adm. med. e pm. Segue os dados de enfermagem

L-13



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

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



13

DATA DE ADMISSÃO		DIH.		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	13	DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				16.
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				(18) (24)
4	TILATIL 20mg 12/12hs				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				sup. SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				14/02 22 06
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				Rotina
14	CURATIVO DIARIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), 23 ABR 2013					
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;					
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE ≥ 300% Fé que a presente					
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

DEPLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Paciente febre alta em
Bom estado geral com
Pouca diurese

Paciente mal
depois de
em 16.55h

9/08/13

Dr. P. Tax

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR 2013
Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	131/74	92	36.1	
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SEM INTERFERÊNCIA DO PERÍODO DE
CUIDADOS DA GERENCIAMENTO

Diemerson Costa da Silva
Tec. de Enfermagem
COREN - 564.181



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: HOR
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: HOR

2 - CNES
4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: ALZBIRIA TELXOR UDUN.
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 9104210102162859888
8 - DATA DE NASCIMENTO: 05/01/68
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Maria José da Silva Moura
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Flamboyant - 511 - Jardim Primavera
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Boca Vista

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 466903
9 - SEXO:
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: RR
15 - UF: RR
16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sofre acidente, queda de e limbação fratura de tornozelo de

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

ÁREA DE SINISTROS - DPINT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

AUTENTICAÇÃO
73 ABR 2020

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

Per peroneo de

GENTE SEGURADORA S/A
de Capital João Batista, 404 - Boa Vista - RR

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado ao Hospital

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura pilas tibial de

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossintese pilas tibial de

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: Clinica
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Externa
28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 511519923613711
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: Jesui A Lopes Assun
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 09/08/18
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - CNPJ EMPRESA
39 - CNAE DA EMPRESA
40 - CBOE
41 - CBOE
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 9/8/18
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
0408050543
5823
W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

ALZAGUI
TETORON NOUN

Data: 05/08/18 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura lateral PÍLAO TIBIAL UNL

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: ORTODONTIA PÍLAO TIBIAL UNL

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O UNL

QUIRURGIÃO: Dr. JEM 1º AUXILIAR: Dr. C. Enry

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

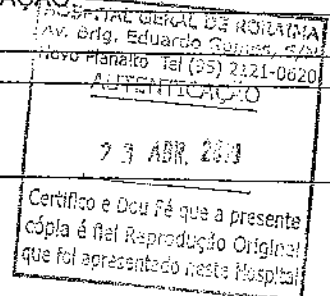
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: RAQU

ANESTESISTAS: Dr. C. Enry ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO



DE SINISTROS - DPVAT
TEUDO NAO VERIFICADO

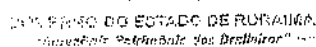
16 SET 2019

ANTE SEGURADORA SIA
João Dantas 424 - Boa Vista - RR

Paciente anestesiado,
Aséptico, antéptico, gaseado
Corpo extenso
Incisão lateral, de 10cm até mola tibial,
vedado e fixado a placa 1/2 com 05 parafusos
+ 03 parafusos corticais + 02 parafusos empilhados
Incisão medial, de 10cm até mola tibial - PÍLAO
vedado e fixado a placa e parafusos empilhados
Fim, atende

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

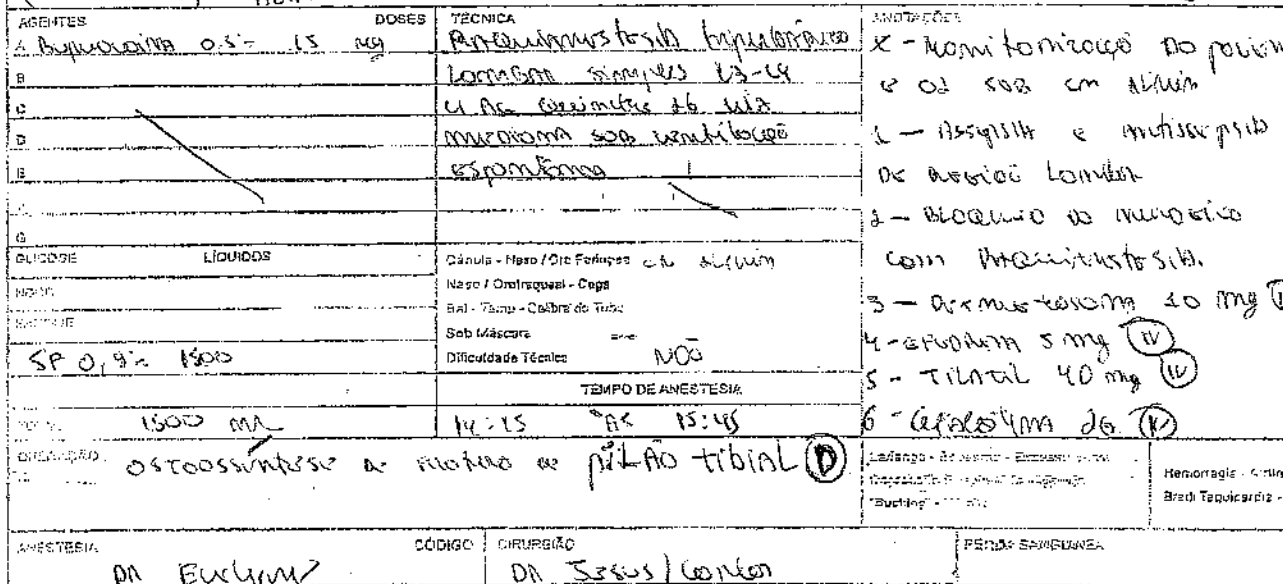


FORMS DE ANE

09.08.15

- mirtazapine 5 mg (10)
- ranitidine 500 mg (10)

BOA vista - 2R



~~Dr. Evelyne Fernandes~~
~~Médica CRM/RR 1424~~
~~Anestesiologista RQE 181~~

HOSPITAL GERAL DE KORAÍMA
Av. brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

73 APR 2009

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada ao Conselho de



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50 Unid.

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Uzuma Teixeira Mourão da Rosa	Bleed A 101-01 CIRURGIA		09/10/2018

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Exatise de Fratura de tornozelo Pala Tibial	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	14:25 15:35

QUIRÃO	ANESTESISTA:
Dr. Jesus	Dr. Ercelino
AXILIAR	RES. ANESTESIA:
Dr. Carlos Henrique	Dr. José Neto
LIAR	INSTRUMENTADOR
	Yank
	CIRCULANTE
	Isore

DE ANESTESIA: Raquel	TEMPO DE DURAÇÃO:
14:01	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500 ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			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		1	SURGICEL Alodura 20 cm	
	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE Equipar 100g	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATAPATA Nº 100g	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Clorexidone + Cl- 100g	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Cateter P/ 02	
	Eletrôodos		1	OUTROS: Alcool + Cl- 100ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Ribeira	SUB-TOTAL		
	Luciene	TAXA DE SALA		
PRONTUÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
	Elizangela M.	AUTENTICAÇÃO		
	Isore	SOMA		
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

7 de ABR. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

osteossintese de Fratura de tornozelo (D)
Placa Tibial

Data: 09/08/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Elizângela Teixeira, esposa da S. Roseira Idade 50 anos

Bloco: A Enfermaria 114 Leito: 03

Caixa: Pequenos fragmentos Nº _____

Circulante: Elizângela M. Isaac Sala IV

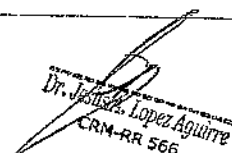
Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa 1/3 de comprimento 5 parafusos

Parafuso espongioso nº 18L nº 40L nº 35L

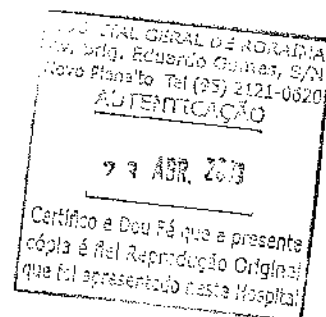
Roseta 1


Dr. José Luiz Lopez Aguiar
CRM-RR 566

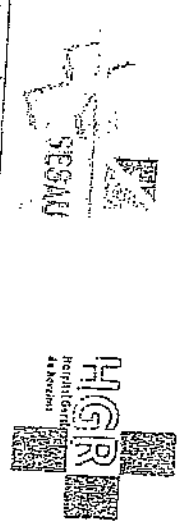
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



2. (C) 1. (A) 1. (A) 1. (A)



SAH - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Alzina Teixeira Neves da S. Pereira

14:30

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Idade: 50

Sexo: F

Chargado: Blanco F

Intensidade: 100%

Outros: 100%

Jejum: 100%

Alérgico: 100%

Outros: 100%

Estado Emocional/ Mental: 100%

Choroso: 100%

Agitado: 100%

Outros: 100%

Sinal Vital: 100%

Temperatura: 38,3

Pulso: 98

Pressão: 130/80

Respiração: 18

Saturação: 98

Outros: 100%

Outros: 100%

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 14:30

Início da Cirurgia: 14:45

Início Anestesia: 14:45

Término Cirurgia: 15:35

Saída S.O.: 15:35

Posição: Supino

Localização: 14:30

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

Outros: 100%

SRPA

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Sinal Vital

Av. ...
Novo Planalto Tel: (95) 2121-6521
Certifico e Dou Fô que a presente
cópia é fiel e verdadeira e que
que foi apresentada neste Hospital

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Argemir Teixeira Mouta
Idade 35 anos
Profissão Engenheiro

Local de Indução Sala Pré-Anestésica

Local de Anestesia Sala Operatória

ANTES DA INCISÃO

Anestesia Local

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Local de Anestesia Sala Pós-Operatória

Identificação do Paciente: CONFIRMADO
() Identificação
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
() Consentimento

USO CIRÚRGICO

() Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

() Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não

() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

VOLUME DE TUBO SANGÜÍNEO > 500 ml

() Não

() Sim, e acesso endovenoso adequado e plano de suporte a fluidos

Assinatura Dr. José Estilberto
Médico Residente em Anestesiologia
CRM-RR 1997

Data 08/08/13

Assinatura

Hora 14:01

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
() Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea 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 ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM 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 Aplicam

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 A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
() Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura Dr. José Estilberto
Médico Residente em Anestesiologia
CRM-RR 1997

Assinatura e Carimbo

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado nesta Hospital

F-9

AN4-A



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>A/2 Epina TELSON hovanir da Silva</i>					
DIAGNÓSTICO <i>Fratura fêmur rto</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>19</i>	DATA	<i>09/08/16</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SND</i>
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>16h</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>16h 22:04</i>
4	ILATIL 20mg 12/12hs				<i>16h 04</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>19:15 04</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>22:05 14</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rot. cura</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				<i>M</i>
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

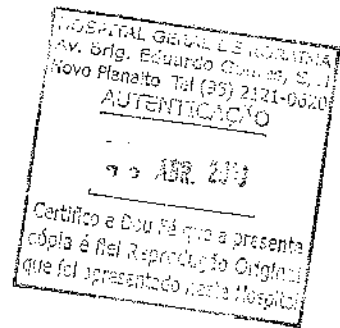
*Paciente sem dor
e bom caráter*

10/08/16

Ante o acima

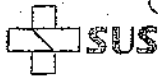
Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 556



SINAIS VITAIS				
6 H	<i>120x80</i>	<i>56</i>		
12 H				
18 H	<i>100x70</i>	<i>65</i>	<i>19</i>	<i>33,6°C</i>
24 H	<i>120x75</i>	<i>69</i>		<i>36,5°C</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Sofre acidente, quedando do e lesões fraturas de tornozelo de.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

ÁREA DE MINISTROS - DEPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 SET 2019

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

Pr. perone de.

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo João Pessoa, 404 - Boa Vista - RJ

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital.

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura Pélvis Tibial - NFA

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Osteosíntese Pélvis Tibial NFA

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO BILHETE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

0408050543
5823
W499



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data 29.06.10 O.S. _____

ALZONIA
TERCEIRA UNO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Cúbito ULNA TIBIAL UNO

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

DE INTERVENÇÃO: ORTODONTIA ULNA TIBIAL UNO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 UNO

CIRURGIÃO: Dr. Jern

1º AUXILIAR: Dr. C. Enrig

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: RAQU

ANESTESISTAS: Dr. C. Evelyn

ANESTÉSICO: _____

NÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRURGICO

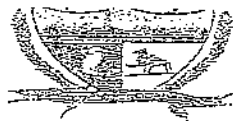
Paciente anestesiado,
Asséptico, antéptico, gaseado
Cirurgia estéril
Incisão lateral, de 10 cm de comprimento,
medial e lateral a placa 1/2 cm de espessura
+ 03 pontos com fio 00 + 02 pontos com fio 00
Incisão medial, de 10 cm de comprimento
medial e lateral a placa 1/2 cm de espessura
+ 03 pontos com fio 00 + 02 pontos com fio 00
Fim, et adon

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Guinle, 500
Roraimópolis Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
7.3 ABR. 2010
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 565

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 483

Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada e aceita.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

50 anos.

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Alzenera Teixeira Mourão da Roseira	Bloco A 112-C4		09/06/2018
CIRURGIA			

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
Terrestre de Frutina de terraplo	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Palat Tuberc	14:25	15:35	

EQUIPE MÉDICA	
ANESTESISTA:	Dr. Ercelino
RES. ANESTESIA:	Dr. José Neto
INSTRUMENTADOR	
CIRCULANTE	Yank
LIAR	Isol
DE ANESTESIA:	Rouge 14:01

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	500 ml
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Atadura 20 cm	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSE	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATAPATA Nº	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA	
1	Elétrico		1	OUTROS: Alcat 10-100 ml	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Ribeira	SUB- TOTAL	
	Kuciame		
PRONTUÁRIO/CÁLCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	Elizangela M.	TAXA DE ANESTESIA	
	I. Sore	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Srg. Eduardo Gonçalves
Jardim Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
7 de Abr. 2018
Certifico e Dou fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado nesta Hospital



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Estresse e Fratura de Tórax (D)
Pelvis Tibial

Data: 09/08/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: _____

Paciente: Elizângela Teixeira Mendes da S. Reseira Idade 50 Anos

Bloco: A Enfermaria 114 Leito: 01

Caixa: Pequenos fragmentos

Nº _____

Circulante: Elizângela M. Isaac

Sala IV

Conferência Expurgo CME: _____

Material Utilizado:

Placa 1/3 de corno 5 furos

Parafuso espinha nº 48L nº 40L nº 351

Rosta 1


Dr. Josué Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N
Boa Vista - Tel (68) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
09 ABR 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado nesta Hospital



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Argemina Teixeira Neves de S. Pereira

Exatete 14:20

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Unidade: 08.08.13

Idade: 50

Chegada: 08:00 F

Internação: 10:00

Outros: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

Intervenção: 10:00

TRANSPERATÓRIO

Entrada na Sala

Início da Cirurgia

Início Anestesia

Término Cirurgia

Saída S.O.

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

SRPA

Anestesia

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Revisão

Sinais Vitais

1h

15'

30'

45'

1h

1h30'

2h

2h30'

3h

3h30'

4h

4h30'

5h

5h30'

6h

6h30'

7h

PA

81

SP02

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

Entrada na Sala: 14:05 Início da Cirurgia: 14:05 Início Anestesia: 14:05 Término Cirurgia: 15:35 Saída S.O.: 15:35

Cirurgia Realizada: Revisão Anestesia: Revisão Posição: Deitado

Hidratação: Infusão Antibiótico: Revisão Hemoderivados: Revisão

SF a 0,9%: 150cc Nome: Revisão CH: Revisão

SG a 10%: Revisão Dose: 1,2g Plasma: Revisão

Outros: Revisão Plaquetari: Revisão

Nº de compressas oferecidas: 04 Anátomo Pat. vício: Revisão

Nº de compressas recolhidas: 04 (X) Não () Sim

Sinais Vitais: T: 36,5 °C P: 72 bpm R: 18 rpm

SAR: 90 % () Regular () Irregular PA: 130/80 mmHg

FC: 90 bpm () Regular () Irregular

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Fato X () Outros: Revisão

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros: Revisão

Entradas: EV, HV, CH, SNG, Dreno, Diurese, SNG, Outros

Saídas: SNG, Outros

Balanco Hídrico

Sinais Vitais: T, P, PA, SP02

1h: 36,5, 72, 130/80, 99

15': 36,5, 72, 130/80, 99

30': 36,5, 72, 130/80, 99

45': 36,5, 72, 130/80, 99

1h: 36,5, 72, 130/80, 99

1h30': 36,5, 72, 130/80, 99

2h: 36,5, 72, 130/80, 99

2h30': 36,5, 72, 130/80, 99

3h: 36,5, 72, 130/80, 99

3h30': 36,5, 72, 130/80, 99

4h: 36,5, 72, 130/80, 99

4h30': 36,5, 72, 130/80, 99

5h: 36,5, 72, 130/80, 99

5h30': 36,5, 72, 130/80, 99

6h: 36,5, 72, 130/80, 99

6h30': 36,5, 72, 130/80, 99

7h: 36,5, 72, 130/80, 99

Legenda

1. Eletrodos

2. Otimetro

3. PVC

4. Placa de Bisturi

5. Incisão

6. Caráter

7. Vendicise

8. Dreno

9. SNG

10. Faixa de Smarch

11. Outros: Revisão

Entradas: Revisão

Saídas: Revisão

Assi: Revisão

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Allyson Teixeira Mouta
Idade 30 Anos
Profissão Enfermeiro

PACIENTE CONFIRMAR: (Sala Pré Anestésica)

- () Identidade
- (x) Sítio Cirúrgico
- () Procedimento
- Consentimento (x) Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

- (x) Aplica
- () Não se Aplica

RISCO DE MORTALIDADE

- (x) Sim () Não
- () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

ALERGIA CONHECIDA

- (x) Não
- () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

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

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Dr. José Roberto de Souza
Médico Residente do
CER-RR 1997

Data 08/08/13 Assinatura [Assinatura] Hora 14:03

ANTES DA INCISÃO

Anestesia Dr. Galvão

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: (x) Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- (x) Identificação do paciente
- (x) Sítio cirúrgico
- (x) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

(x) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

(x) 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 ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Não se aplica
- (x) Sim, Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
() Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO (x) Sim () Não

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (x) Sim () Não () Não se Aplicam

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO (x) Sim (x) Não

- () O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE (x) Sim () Não () Não se Aplica

Dr. José Roberto de Souza
Médico Residente do
CER-RR 1997

Assinatura e Carimbo

Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi armazenado nesta Hospital

F-9

AN4-1



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>ALZ E PINO FELSON HOUARI DA SILVA</i>					
DIAGNÓSTICO <i>fratura fêmur tor</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	<i>F9</i>	DATA	<i>05/08/16</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SND</i>
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				<i>16</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				<i>16 22:04</i>
4	TILATIL 20mg 12/12hs				<i>16 04</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				<i>19:15 04</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>22 04 14</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rotina</i>
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				<i>M</i>
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					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

*Paciente ser de ex
e boas condições*

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
7 de ABR. 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

SINAIS VITAIS				
6 H	<i>120x80</i>	<i>56</i>		
12 H				
18 H	<i>100x70</i>	<i>65</i>	<i>19</i>	<i>33,6°C</i>
24 H	<i>120x75</i>	<i>69</i>		<i>36,5°C</i>

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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



1800984782		21/07/2018 21:08:14		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19.	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF	
ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA S. ROSEIRA		05/01/1968		50 A 6 M 16 D		704200262859888		34600191315	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE 109794								F	
Mãe		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade	
MARIA JOSÉ DA SILVA MOURÃO		NAO		PARDA		CODO - MA		BRASILEIRA	
Endereço		Informado		Contato					
RUA - FLAMBOIAN - 511 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR		HONÓRIO TEIXEIRA MOURÃO		(95) 36274-305					
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA						Pressão	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Registrado por:			
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA				LEILSON.SOUSA			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril		☐ Sintomático Respiratório		☐ Suspeita de Dengue			

Acidente Automobilístico

Anamnese de Enfermagem

GSC

AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

TOTAL

15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente trazida pela mãe com relato de imobilização por trauma (queda + colisão com veículo). Última de acidente automobilístico (moto + carro) após uso de cinto. Nega vômitos, diarreias e perda de consciência.

Exame Físico

A - VAP axilar sem crepitações

B - MV com RA

C - Status hemodinâmico estável FC: 85 bpm

Hipótese Diagnóstica

1 - lesão IS por trauma + fraturas

2 - Fraturas em perna (D)

SADT - Exames Complementares

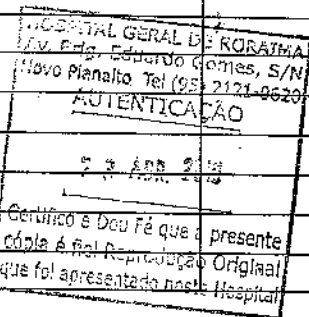
☐ RAIIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1) Tenoxicam 40 mg EV 2x
2) Dipirona 0,5 g EV
3) Tramadol 100 mg EV + SF 90% 30mg

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO



Conduta

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para: Intensidade

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 21/07/2018 21:09:44

0 2018
SISTEMA DE SAÚDE
DO GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
VIA 13061-012/18



1800984782



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

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

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

0308010019
5828 T068
V299

Ordem do Estado de R. - 1ª
Município de Rio de Janeiro

UNIDADE / SETOR

União H.A.S. D.M. a Alameda

QUARTO

LEITO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAIS RESPONSAVEIS

Alameda a União H.A.S. D.M. a Alameda

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

21.04.28

HORÁRIO

RELACIONAMENTO ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
23 ABR. 2003
Nº DE REGISTRO
Fó que a presente Original
é fiel reprodução
e representado neste Hosp

1. Dieta Duval 1000
2. APT Duval 1000
3. Dipirona 40 (C) 6/8 H.
4. Dipirona 160 mg (C) 12/12 H (D1/D5) 24 22 22 22
5. Ureol 100 mg + 100 mg 0,9 (C) 8/8 H 22 22
6. Duval 1000 (C) 2/12 H S.N.
7. PGE + S.N.
8. Ao Bloco.

Dr. Fernando Rende
Médico Residente em Clínica Médica
21/04/2003

Regulado
para leito

Regulação Interna

Bloco-F

20-13

PRESCRIÇÃO DIÁRIA



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

13
6

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ALZENIRA TEIXEIRA MOURÃO DA SILVA PEREIRA					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		NEGA	
IDADE		LEITO		DM2	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA 22/07/2018	
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				OND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				montr
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				0.3 14/15
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				2.2.30 SN 12/15.02
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				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				Rotina
14	CURATIVO DIARIO				SN
15					M
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 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Br. Eduardo Gonçalves, S/N
J. Novo Planalto, Tel (66) 3221-0620
AUTENTICAÇÃO
7.3.2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

EVOLUÇÃO MÉDICA:
TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA.	PC.	FR.	T.c.
6 H	130x70	72	20	36.3°C
12 H	113x66	69	19	36°C
18 H	110x60	68	19	36°C
24 H	131x75	73	19	36.1°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

7:20hs - Realizado procedimento de rotina SSVV, adm. med. e pm. Segue com evoluções de enfermagem

2-13

Yareza R. A. Batista
Téc. Enfermagem
COREN-RR 71578

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HGR
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO _____ **DIH.** _____ **DN** _____

PACIENTE _____

DIAGNÓSTICO _____

ALERGIAS _____

IDADE _____ **HAS** _____ **NEGA** _____ **DM2** _____ **NEGA** _____

LEITO _____ **DATA** _____

ITEM _____ **PRESCRIÇÃO** _____

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia	SND
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h	16.
4	TILATIL 20mg 12/12hs	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SND
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS	SND
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	06
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SND
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG	
14	CURATIVO DIARIO	Rotina
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% Fê que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.

23 ABR 2013

1. OCLUSÃO MÉDICA:

ao bloco para programação cirúrgica

Paciente fch alt em
 Bom estado geral com
 Pouca dispnéia

Paciente mal
 Alto hosp.
 on 16/5/13

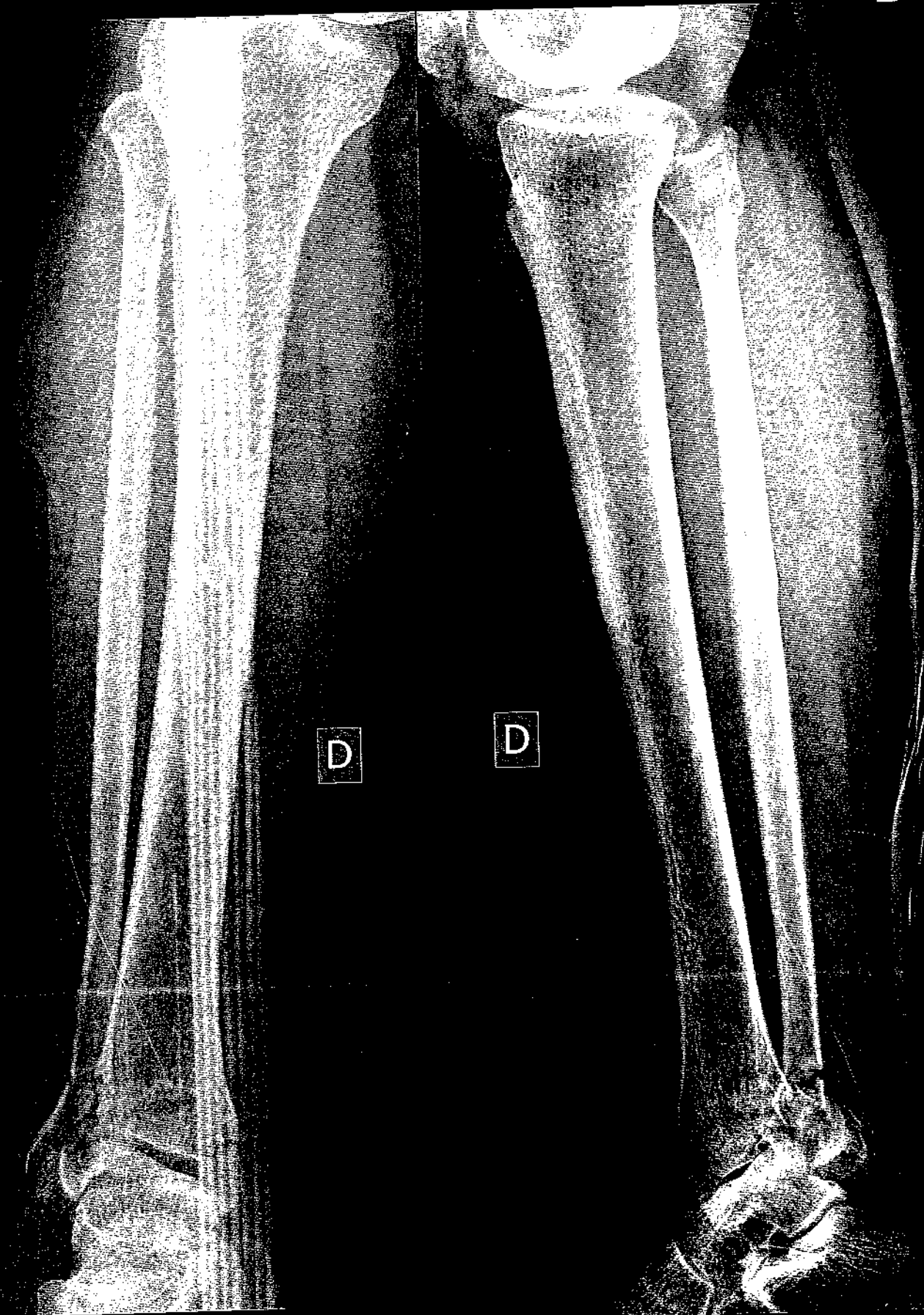
IAIS VITAIS			
6 H			
12 H	131/77	92	36.1
18 H			
24 H			

SEM INTERCORRÊNCIAS DO PERÍODO SEGUINTE
 DIAPÓS DA CURAÇÃO

Diemerson Costa da Silva
 Tec. de Enfermagem
 COREN - 664.181

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Mário Vinícius Marcanh
 Enfermeiro
 CRP 553.447



58.2 %

21/7/2018 20:48:41

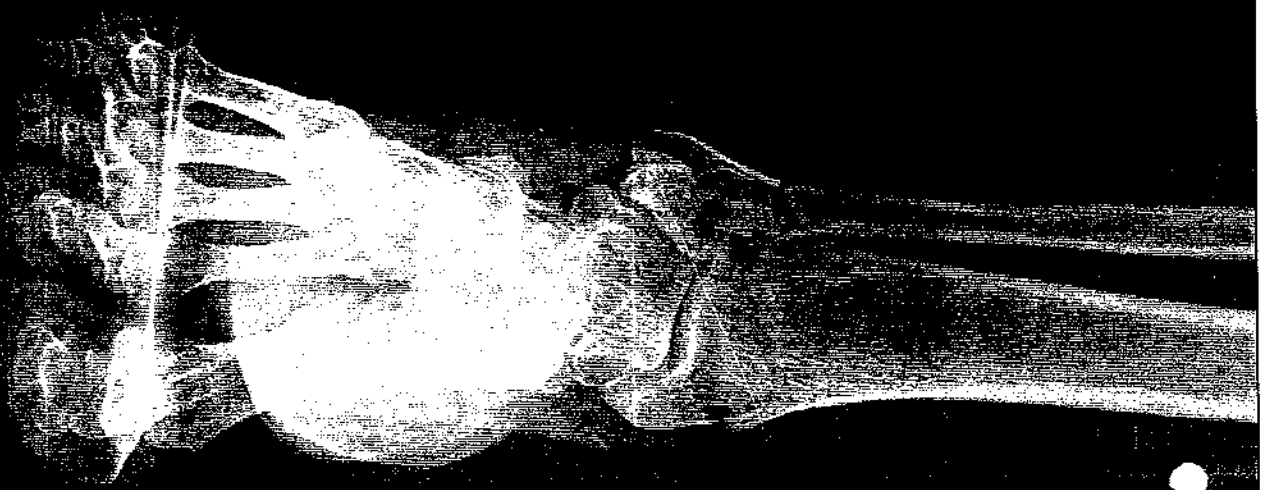
54.1 %

21/7/2018 20:48:41

, ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: HUGO



D



D

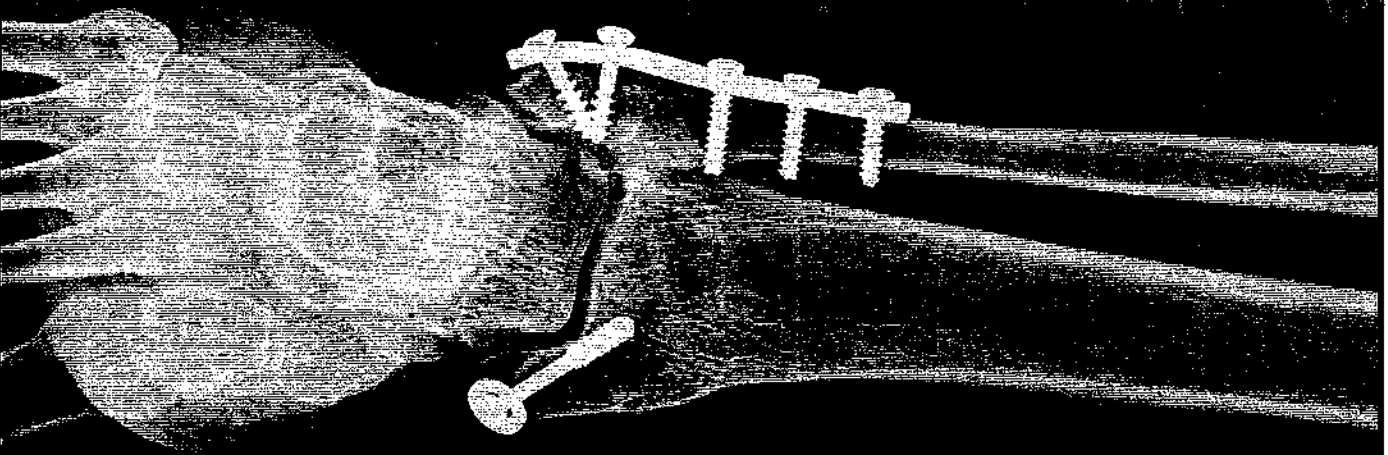
ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR: HUGO

21/7/2018 20:48:41

57.5 %

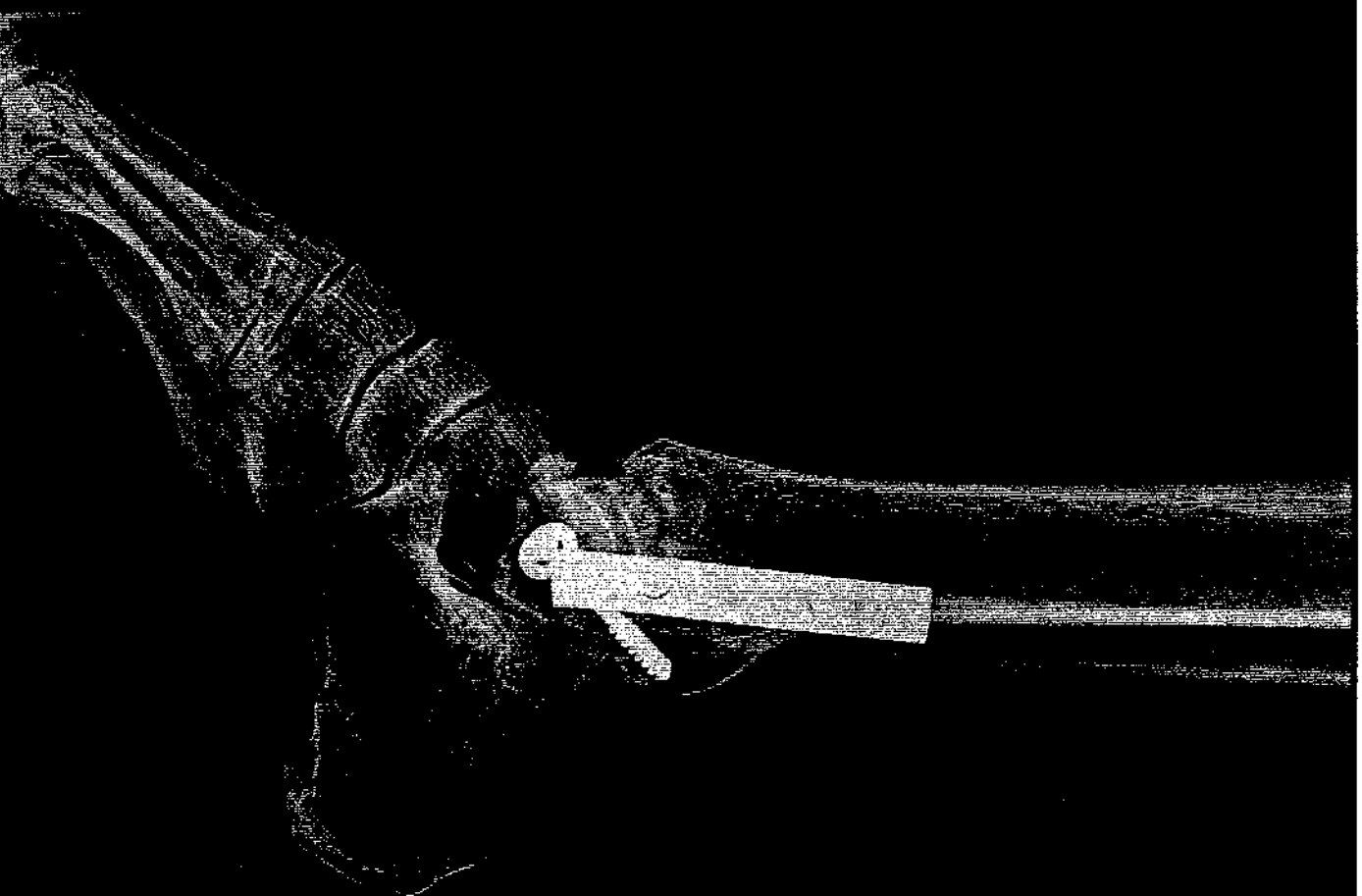


ALZENIRA TEIXEIRA MOURA

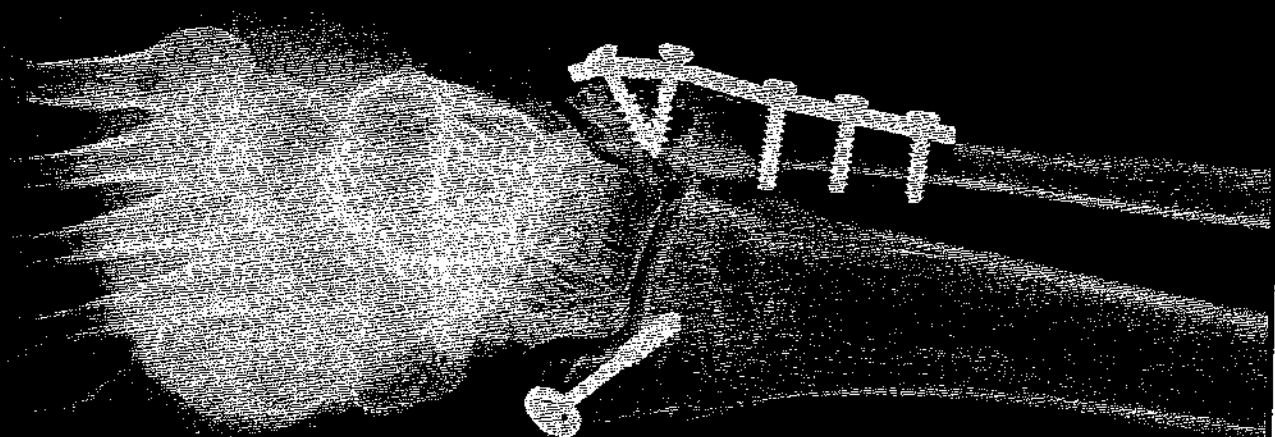
9975

HOSPITAL CORONEL MOTA

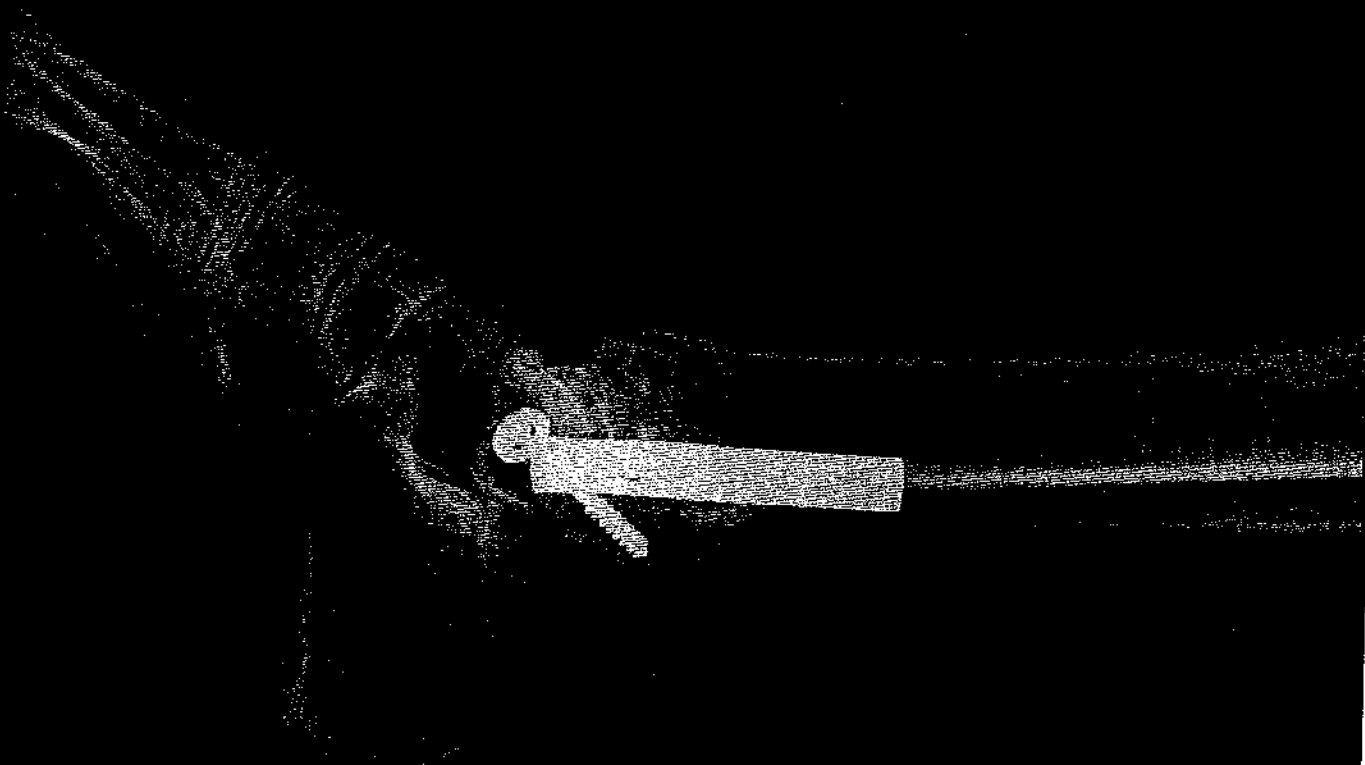
02/09/2019



79.4 1%



D



ALZENIRA TEXEIRA

5112

HOSPITAL CORONEL MOTA

17/05/2019

Cloudealdo

76.4 %

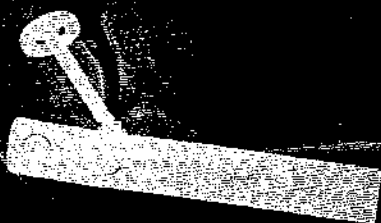
ALZENIRA T. M DA SILVA
HOSPITAL CORONEL MOTA

1582

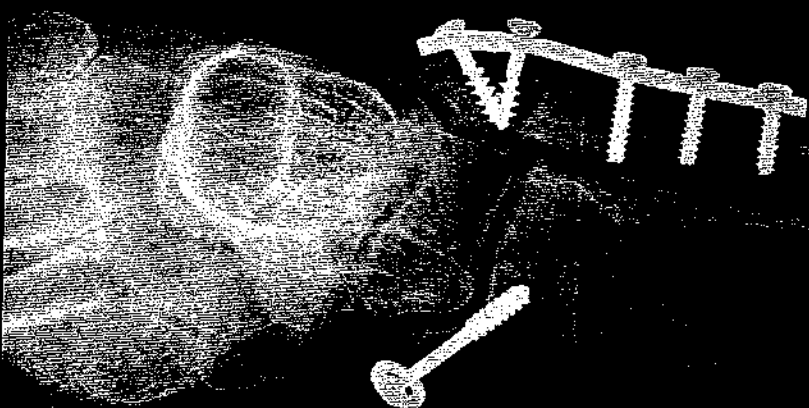
15/02/2019

Vilson

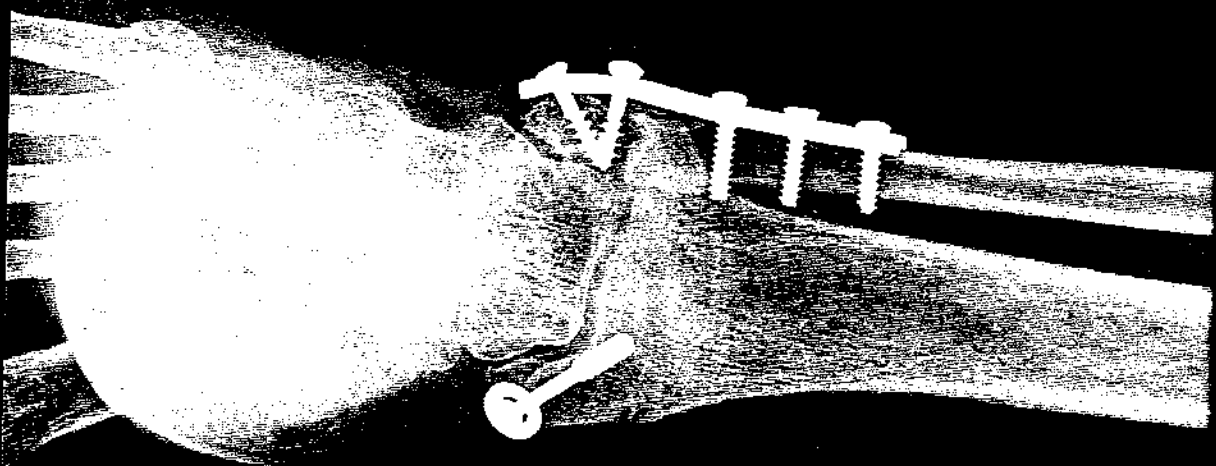
76.4 %



D



D]



ALZENIRA T. M DA SILVA

13366

HOSPITAL CORONEL MOTA

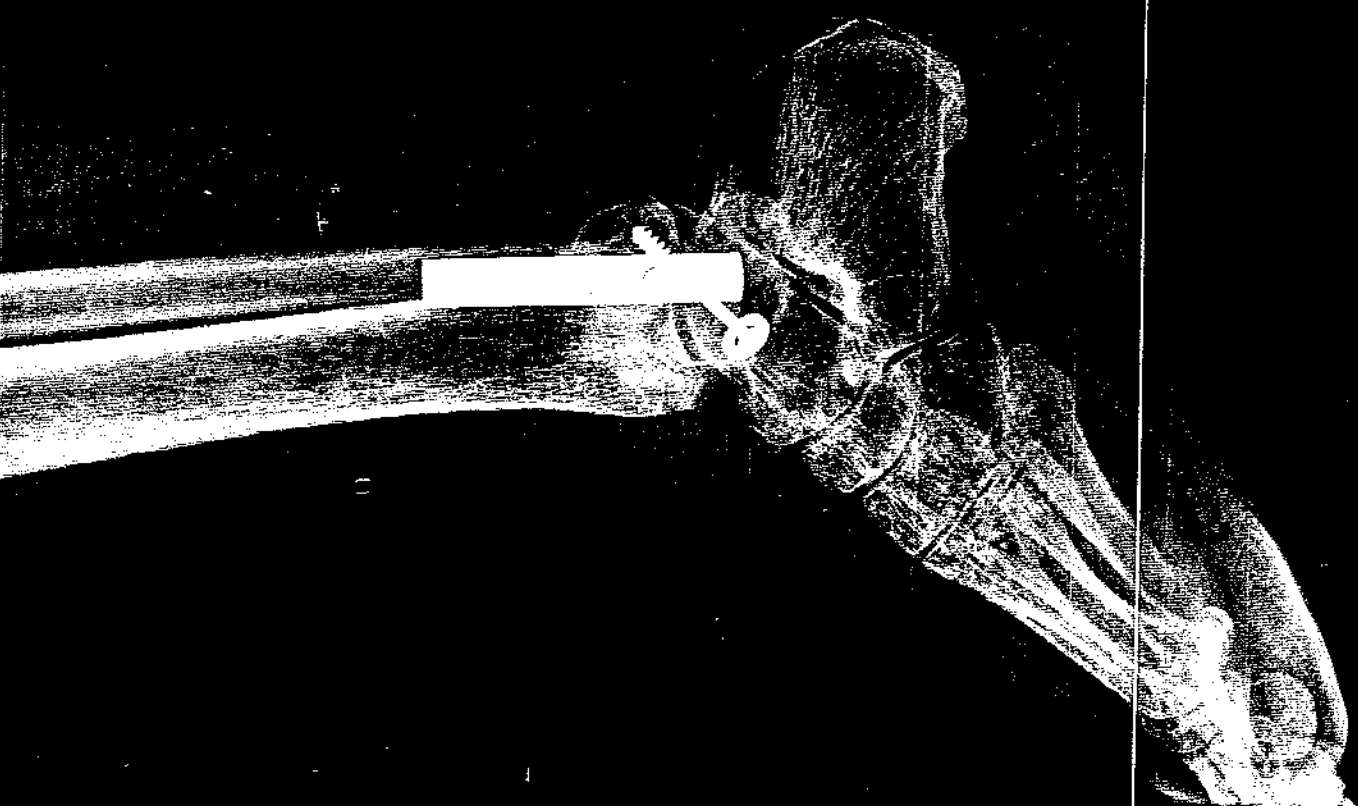
12/11/2018

Ana Quezla

76,4 %



D



ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

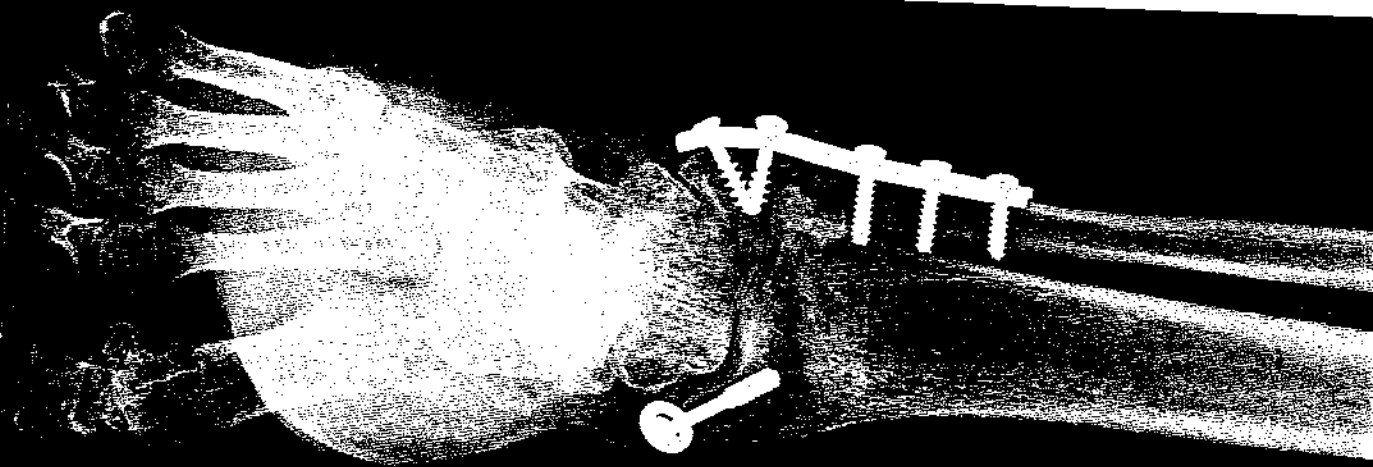
12081

HOSPITAL CORONEL MOTA

15/10/2018

Cloudealdo

65,5 %



D

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO

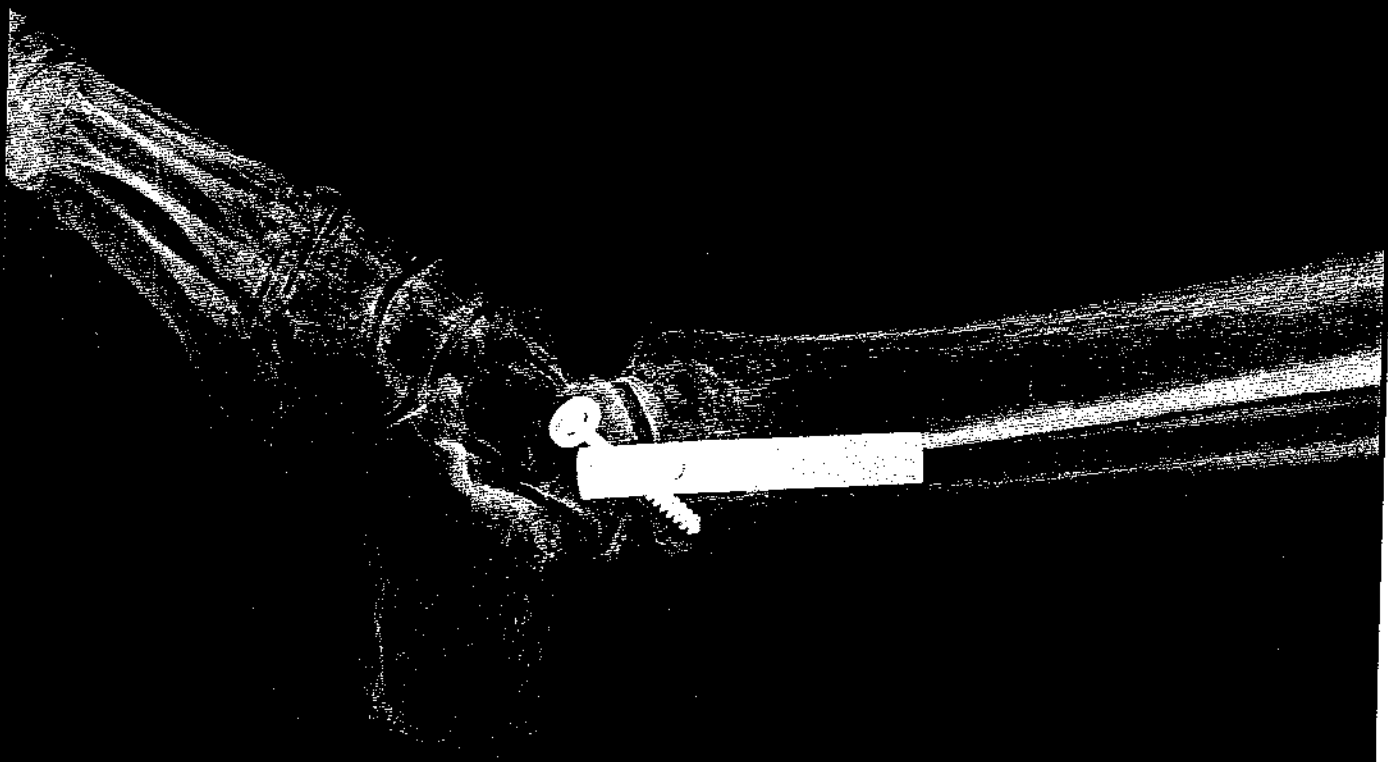
11228

HOSPITAL CORONEL MOTA

24/09/2018

Fabiola Castro

70,8 %



|D|

03/09/2018



57.9 %

ALZENIRA TEIXEIRA

HOSPITAL CORONEL MOTA

10309



03/09/2018

73.1 %

Ana Quezia

D



77,0 %

10/8/2018 11:21:20

D



77,1 %

10/8/2018 11:21:20

, ALZENIRA TEIXEIRA

BLOC. A 114-01

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. RENATA P. /ED. ERINELSON

NOME: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

MÉDICO: ALBERTO FERREIRA DE SOUZA

Nº. Controle: TC

SUS



CLÍNICA RADIOLÓGICA OLIVEIRA
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR/RQE 682

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO

Exame realizado aquisição volumétrica multislice, com cortes axiais de 1,25 mm, e posterior reformatação nos planos coronal e sagital e reconstrução tridimensional, evidenciando:

Fraturas cominutivas na extremidade distal da tíbia e fíbula com extensão para às superfícies articulares, associadas à edema das partes moles adjacentes.

Presença de calha gessada.

Sinais de desmineralização óssea difusa.

Esporão ósseo na face plantar e tuberosidade do calcâneo.

Não se observam massas ou coleções nas partes moles avaliadas.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 01 de agosto de 2018

clínicacrx@hotmail.com clínicacrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM-RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM-RR 1355

Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM-RR 1620

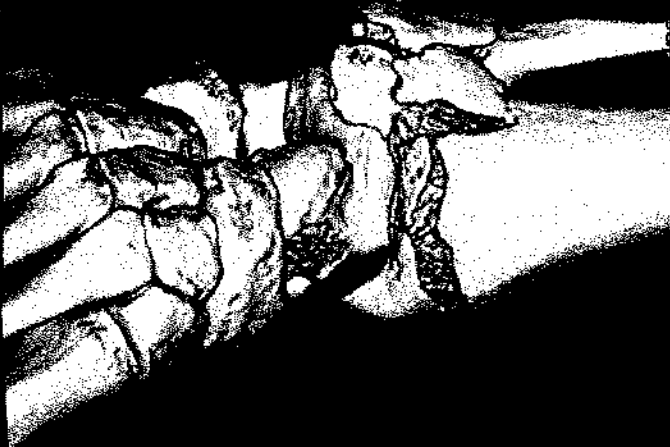
Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



303-1

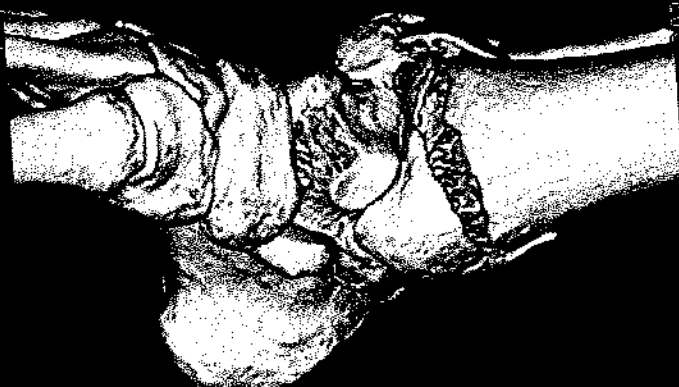
CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068

Data: Jan 05 1968
Ext: Ago 01 2018

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



303-2

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068

Data: Jan 05 1968
Ext: Ago 01 2018

No VOL
FW 120
RA 150
Rot: 0.200/HE 5.6mm/rot
0.6mm 0.562:1/0.62sp
Tilt: 0.0
02:59:56
W = 400 L = 40

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068

Data: Jan 05 1968
Ext: Ago 01 2018

No VOL
FW 120
RA 150
Rot: 0.800/HE 5.6mm/rot
0.6mm 0.562:1/0.62sp
Tilt: 0.0
02:59:56
W = 400 L = 40

3D
Ext: 18468

Set: 3
Volume Rendering: No cut

OFOW 18.0 cm
STHD



CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA
F. 50. 0073068

Data: Jan 05 1968
Ext: Ago 01 2018

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:55
M = 400 L = 40



303.41

3D
Ex: 18468

Set: 3
Volume Rendering No cut

DFOV 18.0 cm
STRB

CLINICAL RADIOLOGICAL CLIVEIRA
ALZHEIRA TESEIRA M. S. ROSEIRA
F 50 0073068
DoE: Jan 05 1968
Ex: Ago 01 2018

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:56
M = 400 L = 40



303.69

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:56
M = 400 L = 40



303.57

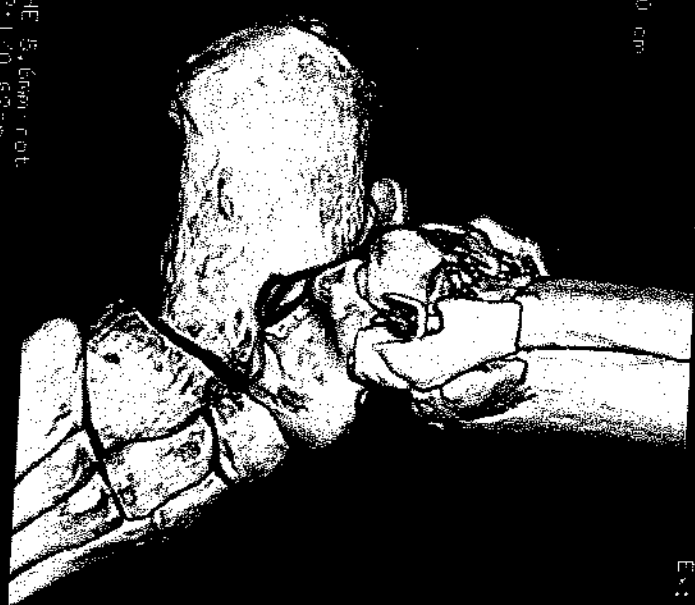
3D
Ex: 18468

Set: 3
Volume Rendering No cut

DFOV 18.0 cm
STRB

CLINICAL RADIOLOGICAL CLIVEIRA
ALZHEIRA TESEIRA M. S. ROSEIRA
F 50 0073068
DoE: Jan 05 1968
Ex: Ago 01 2018

No VOI
KV 120
mA 150
Rot 0.80s/HE 5.6mm rot
0.6mm 0.562:1/0.625p
Tilt: 0.0
02:59:56
M = 400 L = 40



303.82

✉ clinicacrx@hotmail.com clinicacrx@gmail.com

☐ (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 VIVO (95) 98119 - 0555 TIM

CLIVEIRA

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

CCRx

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 2
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 3
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 4
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 5
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 6
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 7
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 8
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 9
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

Large
3.16mm/5.62 0.562-1 AVERAGE
TITE: 0.0
0.85 / HE 14:59:56/00.00
W:2000 L:350
KV 120
MA 150
T 97

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 10
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 11
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA Brighthouse SYNERG139
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 12
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
AC: NUM: 18468 EX: 18468
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSEIRA SR: 300 RHT
DOB: 05 Jan 1968 Id: 13
01 Aug 2018
512 DTW 18.0cm
MT: 1.4 STD/E

1211	1211
1212	1212

Large
3.14pm/5.62 0.562:1 AVERAGE
hit: 0.0
0.85 /ME 14:59:56/DB.00
W:2000 1:350

NGA POLILOGICA OLIVEIRA
 AEC NUN: 18468
 END: TENETA M. S. ROSEIRA
 2008: 05 Jan 1960
 01 Aug 2018
 ME-14 S12

Figure 1

```

15.1511m/5.52 D:562:1 AVERAGE
174: 0.0
1.88 /ME 14:59:56/03.00
2000 1.250

```

ACC Multi: 164R8
N. S. KOSIELNA
F 50 007906R
DOB: 05 Jan 1968
U1 Aug 2018
MC 114
512

```

avgc
104m/5.52 0.5621 AVERAGE
1c: 0.0
BS 74E 14:59:56/00.D0

```

clinicaccrx@hotmail.com clinicaccrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax
(95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

20

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esq. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

CLINICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
ALZEMIRA TEIXEIRA M. S. ROSSETA
DOB: 05 Jan 1968
512 DPOV 18.00h
MT: 1.4 STD/E

1

```

Large
3.164e0/5.62 0.562:1 AVR6A0P
T116: 0.0
0.88 /HE 14:59:56/00.00

```

BrightSpeed 3/5/2019
 FX: TB453
 SW: 300 WJ

2011: 1b
DFOV 18.0deg
STND/C

100



Large: 3.154mg/5.62 0.562:1 AVERAGE
Tilt: 0.0

400 1:40
BrightSpeed
8:194178
2/3/2015

CH₃P42.01 C03
6: 20
00V 18.0cm
18.0cm

—

100



120
154

05/01/14 14:59:56/00:00
1000 1:40

1

5

clinnaccrx@gmail.com

(95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax

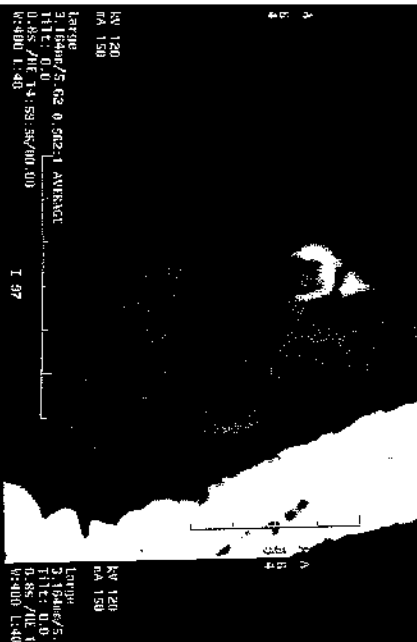
(95) 99122 - 2122 Vívo (95) 98119 - 0555 Tim

3X

Clinica Radiológica Oliveira

Av. Ville Roy, 6529 - Centro, (Esp. com Araújo Filho)
69.301-000 Boa Vista-RR

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



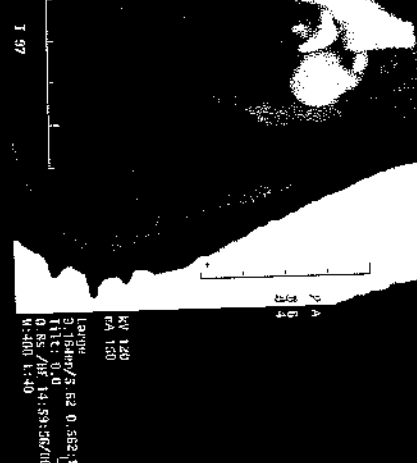
I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



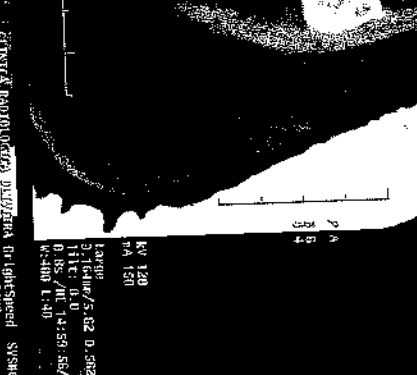
I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



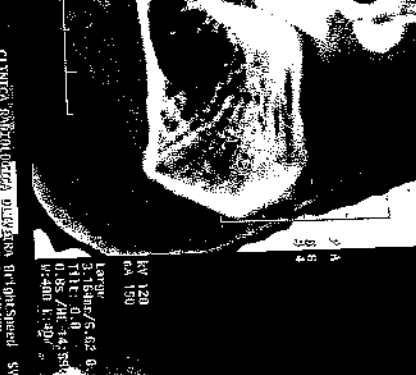
I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



I 97

BrighSpeed SPINCT99
EX: 18468
SEC: 301 RPT
ALZEMBIA TEXEIRA W. S. 20522 CA SEC: 301 RPT
MI: R24.27.589
Dose: 1
003: 05 320 1988 In: 2
01 Aug 2018
012 DTOR 18.0cm
SIND/E



I 97

Clinica Radiológica Oliveira

CCXX

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA

CLINICA PAROLOLOGICA - GINEVRA
CH-1201 GENEVE 29458
ALZIMINA FANELINA 01-30078068
DOP-01-30073668

251

Page _____

STB
CLINICA RADIOLOGICA
A) ZENISA TESTA F.
DOT: F.



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE
OUTUBRO

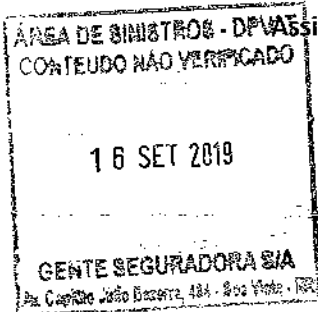
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaramos que o (a) paciente Alzenira Tei-
xeire Maurício da S. Roraima compareceu ao
Núcleo de Reabilitação para realizar tratamento
psicológico.

No dia 09/10/18, de 14:00 a 15:00h.

Assinatura
Suzamita da S. Marinho
PSICÓLOGA
CRP 20161888



Núcleo Estadual de Reabilitação Física 05 de Outubro – NERF
Av. Ataíde Teive, 6459
Bairro: Canaã
Fone: (95) 3625-0794/3627-7196



GOVERNO DE PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO

houn,

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº

SÉRIE _____ NECESSITA DE 60 (sessenta) DIAS
DE AFASTAMENTO, A PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. _____

Boa Vista 16 de 10 18

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-PA 566

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRO

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
PGPS APROVADO PELO DEC. Nº 60.501, DE 14/03/87 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ATESTADO

ATESTADO QUE O USUÁRIO ALZEBIR
TALVIN NOVA

PORTADOR DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº _____

SÉRIE _____ NECESSITA DE 10 (dez) DIAS

DE AFASTAMENTO, À PARTIR DESTA DATA, POR MOTIVO DE DOENÇA.

C.I.D. _____

Boa Vista 25 de 05 de 68

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU ODONTÓLOGICO CRM - CRC

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTA NO ART. 86 DO
RGPS APROVADO PELO DEC. Nº 30.501, DE 14/03/67 E, SERÁ EXPEDIDO JUSTIFICA-
TIVA DE 01 À 15 DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Alzemia Teixeira Mourão RECETUÁRIO

H. G. R. da Silva Rosa

Boletim Cirúrgico

DATA: _____

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Melo, 059 - Centro - 20040-000 RJ
CEP: 20.040-059 - CNPJ: 04.013.403/0001-38

1500.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 SET 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco, 444 - Boa Vista - RJ



GOVERNO DO RIO DE JANEIRO
PARAZÔNIA; PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

20 km fuzilamento novo

RECEITUÁRIO

Laudo nônico

Paciente que sofreu acidente o
de 21/07/18, apresentando fratura
de tornozelo direito, operada
em HCA.

CID S82.5, S82.6

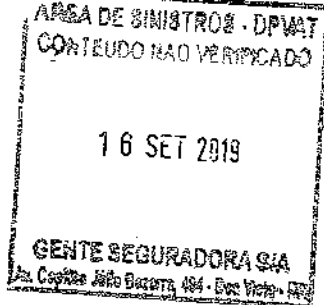
Atualmente evoluindo fisicamente
Tempo de afastamento de
por ordem de 30 (trinta) dias

DATA 21.08.18

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RJ 956

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Figueiredo, 536 - Centro-São José RJ
GERM 89.301-130 - CNPJ 04.813.466/0001-00



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

NOME: ALZEVN. FERREIRA NOVA. RECEITUÁRIO

Lesão mecânica

Paciente que sofre acidente
o dia 21/08/18, apresentando trauma
de tornozelo direito, operado no
dia 08/09/18 no UON.

Atuando e uso de
bota ortopédica e reductor.
Ter retorno rápido para o dia
25/09/18.

DATA

04/09/18

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

Assinatura e Carimbo

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RR

NOME
ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA S ROSEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
109794 SSP RR

CPF
346.001.913-15

DATA NASCIMENTO
05/01/1968

FILIAÇÃO
HONORIO TEIXEIRA
MOURAO
MARIA JOSE DA SILVA
MORAO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A.B.

Nº REGISTRO
06034182857

VALIDADE
17/02/2022

PHABILITAÇÃO
28/03/2014

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
12/05/2017

89598868544
RR209027916

ASSINATURA DO EMISSOR
RORAIMA

DENATRAN - CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1415847328

PROIBIDO PLASTIFICAR
1415847328



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
547798

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319260/19

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA I

CPF: 346.001.913-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: MOURAO DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

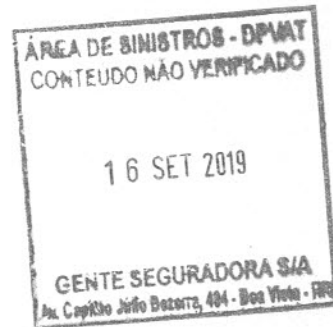
DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA : 346.001.913-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
CPF: 346.001.913-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190532698 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA **Data do acidente:** 21/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 8 - CIRURGIA
PG 30 A 38 - EXAMES DE IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0319260/19

Vítima: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA I

CPF: 346.001.913-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/07/2018

Titular do CPF: ALZENIRA TEIXEIRA
MOURAO DA SILVA
ROSEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA : 346.001.913-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019
Nome: ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA
CPF: 346.001.913-15

ALZENIRA TEIXEIRA MOURAO DA SILVA ROSEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA