

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR/PSI E  
AV. URUGUAIENSE EULÁRIO GOMES, 3308 - AEROPORTO



17038R0023 06/11/2017 17:34:14

Paciente: **PAULA MESQUITA CARVALHO**  
Data Nascimento: **17/05/1978** Idade: **41 A 5 M 18 D** LNS: **86143421385801** CPT: **16/000**  
Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO/A** Nacionalidade: **BRASILEIRA**  
Mãe: **WALLÉCI MESQUITA CARVALHO** Pai: **NC** Condição: **(95) 93129-8043**  
Endereço: **RUA - BARNABÉ ANTONIO DE LIMA - 1215 - ALVORADA - BOA VISTA - RR**  
Parto Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N.º de Garantia: **---** Validade: **---** Atualização: **---** Sit. Preval: **---**  
Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE TRÁFICO** Origem do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional de Avali.: **---** Procedência: **---** Tempo: **---** Hora: **---** Pressão: **---**  
Solu.: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Citação: **SAMU CAPITAL** Transmissão Ru.: **---**  
Quiloxa Principal: **---** Registro por: **WESLEEN ROCHA**  
Anamnese de Enfermagem: **---** ☒ Síndrome Fibril ☐ Síndrome Respiratória ☐ Sinais de Sangue

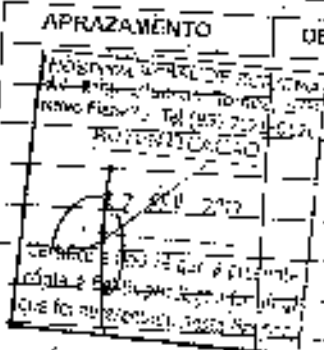
*Acidente de Tráfego*

Anamnese - (HORA DA CONSULTA) **4 por cento** **contínuo** **branco** **①**  
GSC: **---** TOTAL: **---**  
AG: 1234 RG: 12345 MBV: 12346

Exame Físico: **Defundido, inconsciente, ferimentos**  
**abertos e profundos**  
Hipótese Diagnóstica: **→ Ex. apêndice hemorrid. ①**  
SADT - Exames Complementares: **---**

☒ RAIOS-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ RANGUL ☐ JIURINA ☐ ECG ☐ OUTROS: **---**  
PRESCRIÇÃO: **---**

APRAZAMENTO: **---** OBSERVAÇÃO: **---**  
**Diplopia 18 EV**  
**Tat. 92 EV**  
**Rx. Cervical / Buss ①**  
**Exame físico com lesões profundas**  
**Exame físico com lesões profundas**



Conduta: **---**  
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revalia ☐ Transferência para: **---**  
☐ Anestesia ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: **---**  
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ Ampla Policlínica

Assinatura do Paciente ou Responsável: **---**  
Assinatura do Médico: **---**  
Carimbo e Assinatura do Médico: **---**

Impresso por: wesleer.rocha  
Data: 06/11/2017 17:35:23



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SUBSISTENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ORGÃO

3 - UNES

4 - UNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - SEXO PRONÚNCIA

7 - SEXO

8 - DATA NACIONAL DE NASCIMENTO

9 - NOME DO RESPONSÁVEL

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CIDADE)

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

13 - CIDADE DO MUNICÍPIO

14 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15 - FENÔMENOS E SINTOMAS CLÍNICOS

16 - CONDIÇÃO SOCIAL JUSTIFICATIVA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO RESUMIDO DE PRINCIPAIS DOENÇAS (RESUMO DO HISTÓRICO CLÍNICO)

18 - EXAME DIAGNÓSTICO

19 - EXAME PRINCIPAL 20 - EXAME CLÍNICO 21 - EXAME LABORATORIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - CLÍNICA

25 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

27 - Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PACIENTE

28 - NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE ASSINANTE

29 - DATA DA INTERNAÇÃO

30 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIA)

31 - ACIDENTE DE TRABALHO

32 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO NO LUGAR

34 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO NO LUGAR

36 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

38 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

39 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

40 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

41 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

42 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Nº ORGÃO EMISSOR

45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - Nº DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (INSCRIÇÃO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0408020393

5423

6299

(até 16-11)





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

*Paulo Augusto Costa*

Data: *21/11/84* N.º \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Ex. posto para o D*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *Anticancerígeno específico para o posto*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Quimioterapia*

MEDICAÇÃO E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *O posto para*

CIRURGIÃO: *Paulo Augusto Costa*

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

**BOLETA DE VOTO**  
**1º TURNO**  
**2º TURNO**  
**3º TURNO**



RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Em 21/11/84, às 10h, foi realizada a cirurgia de antineoplásica para o tratamento do câncer de colo do útero. A paciente foi submetida a quimioterapia com 5-fluorouracil e cisplatina. A cirurgia foi realizada com sucesso, sem complicações. A paciente foi encaminhada para o tratamento de suporte.*



HOSPITAL DE SÃO PAULO - SÃO PAULO  
CENTRO DE ANESTESIA

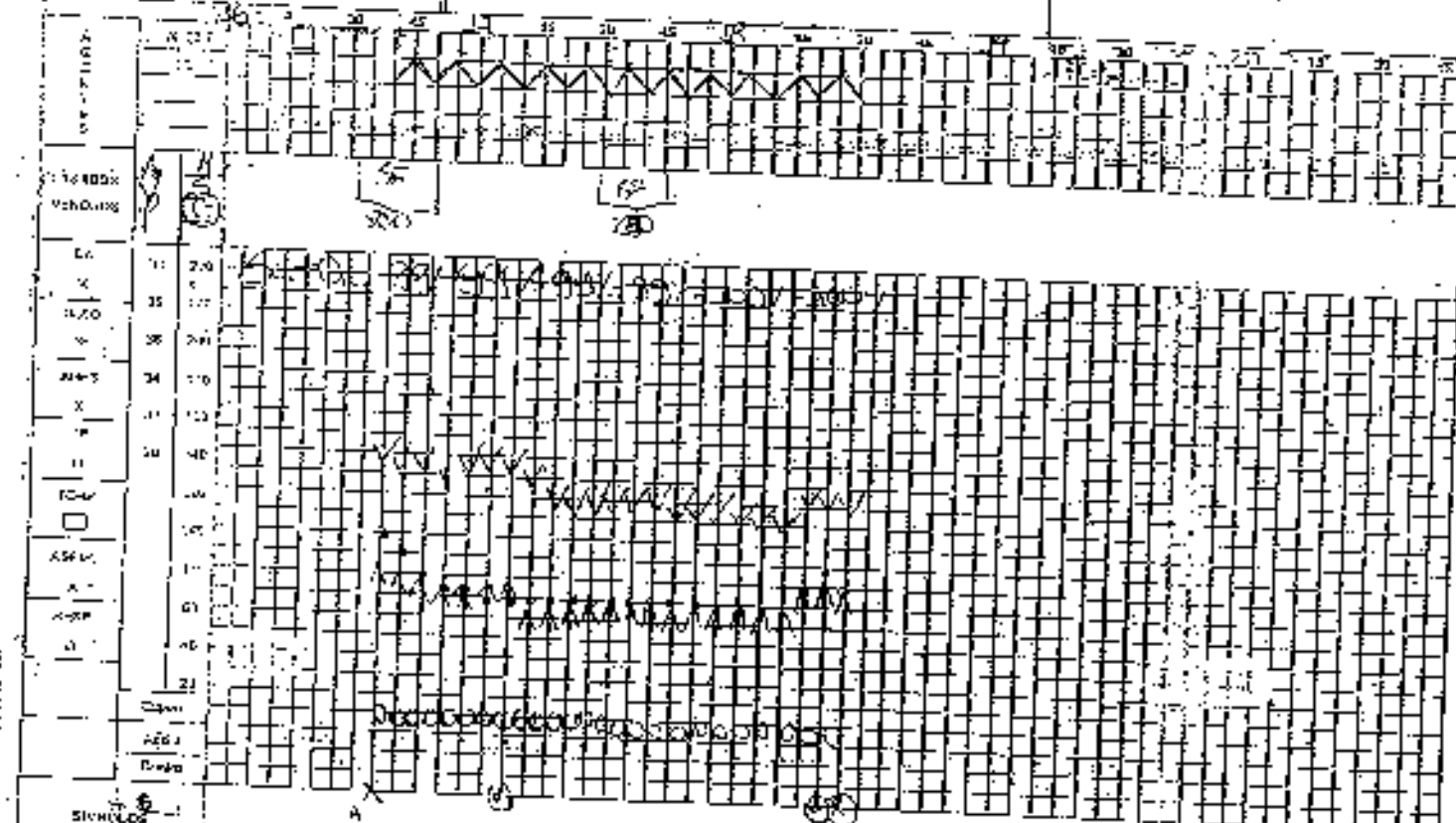
FICHA DE ANESTESIA

Paula Mesquita Carvalho, 43a

04/11/17

PREMEDIÇÃO - INDUÇÃO - MANUTENÇÃO - RESSUSCITAÇÃO

Midazolam 5mg EV  
Fentanil 50mcg EV



AGENTES	DOSES	TECNICA	PARÂMETROS
1. Midazolam 5mg EV	5mg	1. Técnica de planejamento	1. Monitorização (ECG, PA, PO, PI)
2. Fentanil 50mcg EV	50mcg	2. Anestesia inalatória	2. Oximimetria 600mg EV
3. Propofol 30mg EV	30mg	3. Soluções ventiladas espontâneas	3. Midazolam 1/2 amp EV
4. Propofol 40mg EV	40mg	4. Quando por VSGs	4. Propofol 30mg EV
5. Propofol 40mg EV	40mg		5. Propofol 40mg EV

Fratura exposta em ângulo direto.

Dr. Fabiano R. de Oliveira  
Dr. Jonathan

Justiça - Trabalho - Trabalho Social  
Supervisão - Supervisão - Supervisão  
Trabalho - Trabalho

Trabalho - Trabalho  
Trabalho - Trabalho - Trabalho

Trabalho - Trabalho  
Trabalho - Trabalho

Dr. Fabiano R. de Oliveira  
Dr. Jonathan

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APR OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Inda. Hospital em São Paulo		18/05		04 / 11 / 17
RPO		CIRURGIA		
Fatores Extremos do Limbo distal		INICIO	TEMPO DE DURAÇÃO	TEMPO TOTAL
		18:00	18:27	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA		
Joaquim		ANESTESISTA:		
1ª AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		
R. M. / R. P. / R. P.		INSTRUMENTADOR		
2ª AUXILIAR		CIRCULANTE		
		W. M. / S. M. / R. M.		
DE ANESTESIA: VACC. 100 EPV		TEMPO DE DURAÇÃO:		
		R. M. / W. M.		

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/30 UNID.		1	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS-SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.0		1	FRASCOS-SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0
1	LUVA ESTÉRIL 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 PROFEN Nº
1	DRENO DE PANROSE Nº		1	FIO SERA Nº
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/OSSE
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº
1	SERINGA 10ML		1	GHOFOAM
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA
1	Material de limpeza		1	Material de limpeza
1	Material de limpeza		1	Material de limpeza
1	Material de limpeza		1	Material de limpeza

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

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Rosa


FUNÇÃO RESPONSÁVEIS

CIRCULANTE DE SALA

W. M. / S. M. / R. M.

W. M. / S. M. / R. M.

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

 <p>GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE RORAIMA</p>		<p>Reg: 4747/02</p>		<p>Lote: 51392</p>		<p>Quant: 1 PC</p>	
<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	
<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	
<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	
<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>		<p>PRODUTOS E SERVIÇOS DE SAÚDE</p>	

SECRET



NOTES: vide Conselho Nacional

SECRETARIA DA ASSISTENCIA DE URBEM/ACAD  
CENTRO CIBERCOLO/BRAS

UNFOS 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000

Unifos 996-00000-000





SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**SAÍDA** (Sala Pós Operatória)

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

- 1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- 2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

- 3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

- 4- O CONTROLE DO ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE TERCEIRA MÃO REVISAR: PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

**PAUSA CIRÚRGICA** (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARÃO VERBALMENTE:

- 1- Identificação do paciente
- 2- Site cirúrgico
- 3- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

- 1- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?
- 2- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros serão presentes e de acordo da validade de esterilização (incluindo resistentes ao hidrólise)? Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

A PROTEÇÃO ANTÍTPOICA, JELANA POR REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

AS MAQUENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS: ☒ Sim ☐ Não se aplica

Nome: Dr. Paulo Henrique de Aguiar  
Resumo: Dr. Cirurgião

**ENTRADA** (Sala Pré-Anestésica)

- PACIENTE CONHECIDO:
- ☒ Identidade
  - ☒ Site Cirúrgico
  - ☐ Procedimento
  - Consentimento: ☐ Sim ☒ Não

RISCO CIRÚRGICO: ☒ Não se Aplica

STIO DISTANÇANDO: ☐ Sim ☒ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

COMENTÁRIO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA: ☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim, e equipe central/assistência disponíveis

PERDIDA DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml: ☒ Não ☐ Sim

Sim, e grupo sanguíneo adequado e parejamento para transfusão: Monelle Marques  
Residência Cirúrgica  
Dr/MR 1876

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: 14:50

Assinatura e Confirmação

Assinatura e Confirmação

<< ROLLBACK

348

0.746 2.0000

0.746

0.746

Paula M. Cavalheiro  
vte 03/10 08

Kelen M. M. M.  
The Management  
Company 10/20/2010

11  
11

PAULA MESQUITA  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

01/10/2017 00:24:25

93779





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	05/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				12h 18/24
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h 18/24
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				8h
7	SSVV+CCGG 8/8 horas				DOXINA
8	CURATIVO DIARIO				CURATIVO
9	ceftriaxona 1g 12/12 av				4h 24h
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				12h 18 24h
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

*Dr. Pablo C. Echeverria Jr.*  
 Médico  
 CRM-RR 1902

	PA	FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	116/70	73		36,1°C			
12 H	120/80	60	23	36,1°C			
18 H	110/70	80		36,6°C			
24 H	102/68	65		36,2°C			



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	06/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0.9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
5	TRAMAL 50 MG + SF 0.8% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 8/8 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E QU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero a direita. paciente foi submetido a tratamento da fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

DATA 07/11/17

HORA 04:35

Assinatura

Dr. Paulo C. Echeverri Jr.

Médico

CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	130/20	80	-	36			
12 H	130/80	74		35.8			
18 H	124/80	70		36.7			
24 H	123/80	56	28	36.8			



HEMORRÓIDAS: \_\_\_\_\_  
NOME: Paula Maria Gomes da Silva  
ADEL: 11 REGISTRO: \_\_\_\_\_  
LUGO: A ENFERMARIA: 118 LEITO: \_\_\_\_\_  
VI: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Dr. João da Silva PARA: Dr. João da Silva  
Dados Clínicos: \_\_\_\_\_

*Dr. João da Silva*

11/11  
Data

CRM-MG 1908  
Médico

Pré-operatório =  
Sem sinais de desidratação  
T<sub>ax</sub> 37,0 °C  
FC 80 bat/min  
PA 110/70 mmHg  
ECG: sem alterações  
Pulso: 80 bat/min

8/11/78 Dr. João da Silva Médico



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	IAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	08/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0.9% 250 ML EV 6/6 HORAS en				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratameto de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

Dr. Paulo C. Richezmann  
Médico  
CRM-RR 1508

	PA	FC	FR	TEMP	
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	120/30	68	—	37°C	Rosilene Garcia P. Mendes Técnica de Enfermagem COREN-RR 552.088-7F
12 H	150/80	85	—	36°C	Gláucia Nêma de Sousa Ruy Analista de Enfermagem COREN-RR 361318 - ALIM
18 H	100/74	85	—	36,8°C	
24 H	100/60	68	—	37°C	



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>paula mesquita carvalho</b>					
DIAGNÓSTICO <b>fratura exposta de umero a direita</b>					
ALERGIAS	<b>nega</b>	HAS	<b>nega</b>	DM	<b>nega</b>
IDADE	<b>41</b>	LEITO	<b>118-5</b>	DATA	<b>09/11/2017</b>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 av				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA <b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 2D MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

*Dr. Paulo C. Albuquerque Jr.*  
 Assinado  
 09/11/2017

	PA	FC	TEMP		
<b>SINAIS VITAIS</b>		73	35,7		
6 H	150x70				
12 H	125x69	69	36,6		
18 H					
24 H	140x70	65	36,6		





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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	10/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAO &gt; 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

	PA	FR	TEMP		
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	130x86	69	37,9		
12 H	120x90	71	36,4		
18 H	120x90	68	36,4		
24 H	120x80	67	37,0		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	11/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				8h-20h
2	SF 0,9% 500 ML EV 8/8 horas				11h-18h
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14h-18h
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 8/8 HORAS an				8h-20h
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				12h-18h
8	CURATIVO DIÁRIO				01
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				18h-20h
10	clindamicina 600 mg 8/8 horas vo				18h-20h
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE <math>\leq</math> 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratameto de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

24h. Item se não administrado, pois paciente não havia liberado nutri nem em regular

Getulio Silva da C. Lima  
Fórmula de Endemogen  
CRM 296772

	PA	FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	109/70	70	22	36,4			
12 H	130/70	77		36,7°C			
18 H							
24 H	110/80	65	23	36,5			

07h-18h - Paciente alerta, orientada em tempo e espaço, calma, humor e voluntariamente, em repouso no leito. Refere boa tolerância alimentar, elemento fisiológicos presentes. Realizado AVP em 14.56, 01.40 e 02.22. 90cc/h



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	peuda mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	12/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				12:12:34
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				14:28:05
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS st				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				14:00:00
8	CURATIVO DIARIO				M
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				10:23:00
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				10:23:00
11	Paracetamol 40mg 1 x 400 mg 12				10:23:00
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

*[Assinatura]*  
 12/11/2017

	PA	FC	FR	TEMP		
<b>SINAIS VITAIS</b>						
6 H	120 x 60	64	20			
12 H	155 x 80	76	20	36,4°		
18 H	148 x 70	81	20	36,1°		
24 H	110 x 70	66	20			

18h Paciente orientado, consciente, colaborante.  
 Ferida limpa, seca e desinfectada s/queixas.

*[Assinatura]*  
 12/11/2017



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



DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE	paula mesquita carvalho
----------	-------------------------

ALERGIAS	neg	HAS	neg	DM	neg
----------	-----	-----	-----	----	-----

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------	------------	---------

1	DIETA ORAL LIVRE
---	------------------

5	DIPIRONA 1G EV R/8 HORAS
---	--------------------------

**Table 1**

7	SSVV+CCGG 6/6 horas
---	---------------------

B	CURATIVO DIARIO
---	-----------------

9	contraxona 10 12/12 av
---	------------------------

10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo
----	----------------------------------

11	File # 110-8 (E11)	8/9/62
----	--------------------	--------

12

---

10

13

14

15

16

**1-SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE  $\leq$  60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

**2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:** CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

12. *Handwritten:* [illegible]  
*Stamp:* APR 1963

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	143x76	67	—	36,3			
12 H							
18 H	140x80	58	22	38,4			
24 H	140x90	78	18	36,3			

124 Pat Higienizadora, sem bucha  
no momento. P. A. 120x30 FC 80  
FR 18 Tax: 36,5  
Isaquiel Lima Silva  
Técnico de Enfermagem  
CRN-PR 27526-TC



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Paula Mesquita Carneiro

DIAGNÓSTICO

fratura exposta de umero a direita

ALERGIAS

nega

HAS

nega

DM

nega

IDADE

41

LEITO

118-6

DATA

14/11/2017

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas

5

DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS

8

TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sr.

7

SSVV+CCGG 6/6 horas

8

CURATIVO DIARIO

9

ceftriaxona 1g 12/12 ev

10

clindamicina 600 mg 6/6 horas vo

11

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE  $\leq$  60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

PA

FC

FR

TEMP

SINAIS VITAIS

6 H

119/80

64

-

36.5°C

12 H

118/80

64

-

36.6°C

18 H

120/80

80

-

-

24 H

118/70

72

24

37.1°C

Resposta Médica de Apoio  
Unidade de Emergência  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

**PACIENTE** paula mesquita carvalho

**DIAGNÓSTICO** fratura exposta do umero a direita

**ALERGIAS** nega

HAS

neg

DM

neg

**IDADE** 41

LEITO

118-5

DATA

15/11/2017

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIO**

1. DIETA GERAL LIVRE

2. SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas

6. DIFIRONA 1G EV 8/8 HORAS

6. TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn

7. SSVV+CCGG 6/6 horas

8. CURATIVO DIARIO

9. ceftriaxona 1g 12/12 cv

10. clindamicina 600 mg 6/6 horas vo

11.

12.

13.

14.

15.

16.

**1-SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE  $\leq$  60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

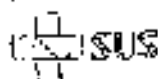
**2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:** CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero, paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo, em seguimento ortopedico.

*Handwritten signature and date*

	PA	FC	FR	TEMP			
<b>SINAIS VITAIS</b>							
6 H	170x77	80	21	37,0			
12 H	130x78	8					
18 H	130x70	86					
24 H	20x90	80	21	36,0			



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

3 - NOME DO ESTADO / DISTRITO DO LAUDO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CENTRO NACIONAL DE REGISTRO

10 - NOME DA MÃE (OU DO RESPONSÁVEL)

12 - NÚMERO DO SUPLENTE (CARTÃO)

13 - DATA DO REGISTRO

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - Nº UC PRIMÁRIA

11 - TESTE DE REGISTRO

14 - CÓDIGO MUNICIPAL

15 - UF

16 - OUT

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINAIS CLÍNICOS

pac. cl. H 5 med. cl. cl. cl.  
unero @ Sob FE

18 - CONDIÇÃO DE SAÚDE DO PACIENTE

unero

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO

EF 1974

20 - DESCRIÇÃO DO LAUDO

unero @ Sob FE

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

21 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

22 - DATA DO PROCEDIMENTO

23 - DATA DO PROCEDIMENTO

24 - DOCUMENTO

26 - Nº DOCUMENTO (CARTÃO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

27 - DATA DO PROCEDIMENTO

28 - DATA DO PROCEDIMENTO

29 - DATA DO PROCEDIMENTO

30 - DATA DO PROCEDIMENTO

31 - DATA DO PROCEDIMENTO

32 - DATA DO PROCEDIMENTO

33 - DATA DO PROCEDIMENTO

34 - DATA DO PROCEDIMENTO

35 - DATA DO PROCEDIMENTO

36 - DATA DO PROCEDIMENTO

37 - DATA DO PROCEDIMENTO

38 - DATA DO PROCEDIMENTO

39 - DATA DO PROCEDIMENTO

40 - DATA DO PROCEDIMENTO

41 - DATA DO PROCEDIMENTO

42 - DATA DO PROCEDIMENTO

43 - DATA DO PROCEDIMENTO

44 - DATA DO PROCEDIMENTO

45 - DATA DO PROCEDIMENTO

46 - DATA DO PROCEDIMENTO

47 - DATA DO PROCEDIMENTO

48 - DATA DO PROCEDIMENTO

49 - DATA DO PROCEDIMENTO

50 - DATA DO PROCEDIMENTO

51 - DATA DO PROCEDIMENTO

52 - DATA DO PROCEDIMENTO

53 - DATA DO PROCEDIMENTO

54 - DATA DO PROCEDIMENTO

55 - DATA DO PROCEDIMENTO

56 - DATA DO PROCEDIMENTO

57 - DATA DO PROCEDIMENTO

58 - DATA DO PROCEDIMENTO

59 - DATA DO PROCEDIMENTO

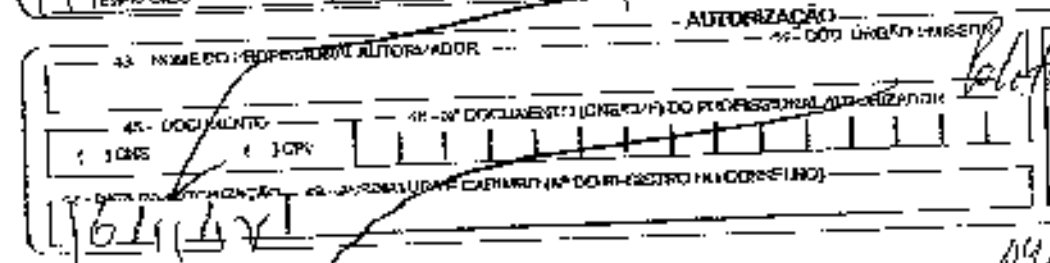
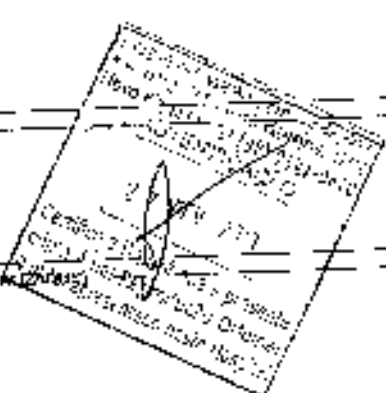
60 - DATA DO PROCEDIMENTO

61 - DATA DO PROCEDIMENTO

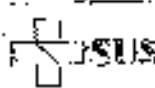
62 - DATA DO PROCEDIMENTO

63 - DATA DO PROCEDIMENTO

64 - DATA DO PROCEDIMENTO



0408030013  
0408020393-5  
0408060360-1842



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE NASCIMENTO

5 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

6 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

7 - CIDADE DE RESIDÊNCIA

8 - CÓD. REG. MUNICIPAL

9 - UF

10 - C.V.

## JUSTIFICATIVA DA DIFERENÇA

11 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pt cl. futura ceto  
sob re

12 - EXAMES DE LABORATÓRIO E INVESTIGAÇÃO

confi

13 - EXAMES INSTRUMENTAIS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS E OUTROS EXAMES REALIZADOS

EF 794

14 - NOME DO DIAGNÓSTICO

futura ceto

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortopedico ceto

16 - CLÍNICA

17 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

18 - DOCUMENTO

19 - Nº DO LEMBO DO CONSELHO DE PROFISSIONAL POLYCENTRASSISTENT

20 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

21 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

22 - ASSINATURA E CARIMBO DO CO-RECIPIENTE DO CONSELHO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

23 - ACIDENTE DE TRÁFEGO

24 - ACIDENTE EM LOCAL ABERTO

25 - ACIDENTE DE TRABALHO

26 - Nº DA SEGURADORA

27 - Nº DO ENTE

28 - NOME

29 - Nº DA EMPRESA

30 - C/DA DA EMPRESA

31 - C/DA

32 - VEÍCULO COM A RESPONSABILIDADE

33 - CATEGORIA

34 - REMUNERADOR

35 - INTERVENÇÃO

36 - INTERVENÇÃO

37 - INTERVENÇÃO

38 - INTERVENÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

39 - NOME DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

40 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

41 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

42 - DOCUMENTO

43 - Nº DO LEMBO DO CONSELHO DE PROFISSIONAL AUTOREGULADO

44 - C/DA

45 - C/DA

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO CONSELHO



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETA OPERATÓRIA

BOLETA OPERATÓRIA

Paulo Mesquita

Data 16/11/7

os

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Fratura do ímpar III

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Ho cirurg

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Revisão de fixação e L

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

COORDENADOR:

Patrick Rabelo

1º AUXILIAR

Ildeu S. L.

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Primo Thiago

ANESTESIA:

INÍCIO:

FIM:

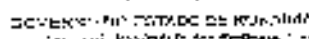
DURAÇÃO:

Dr. Iderson H. Silva  
Traumatologia Ortopedia  
CRM 1755

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Otimizar o DSK na artrose
- 2) Remoção de Antissepsia
- 3) Revisão da fixação e L
- 4) LMC
- 5) Curativo

Patrick Rabelo José  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1755 RQE 164  
Clínica do Joelho

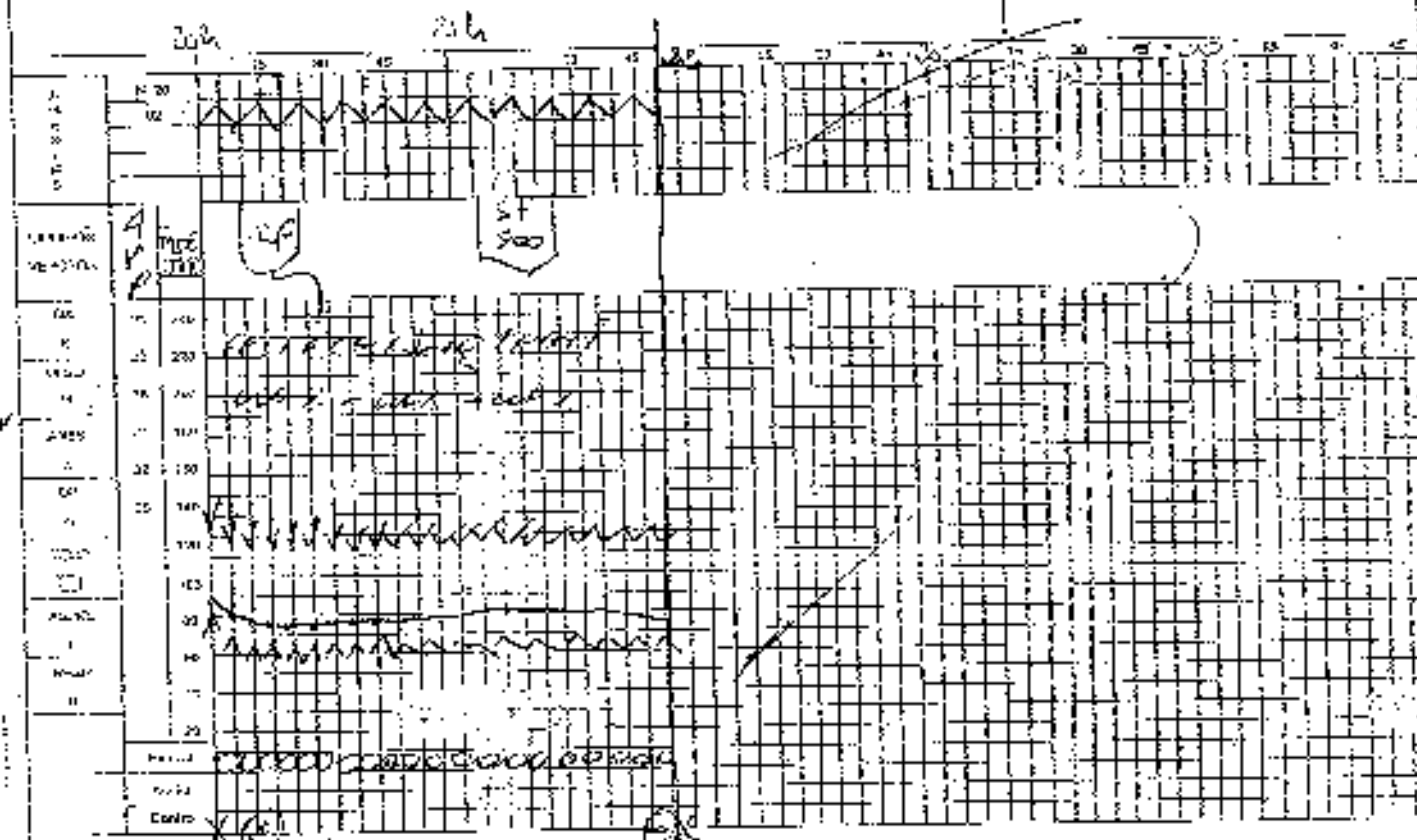


Paula Augusta Barrios

FACULTY LIFE ASSISTANTS

1644 | 17

PRF-CAI HILACÃO - DR034 - TX 20 - MCEA - BT: 110



2015年6月 5日

[illegible]

8/27/03  
X - after surgery  
E - ...  
C - ...

1 - ...  
2 - ...

(X) GPA

Missouri Central (D)

(Y.P.)

Chen

100-443887-100

County

Q Lamp (27)

Q- Period (R3)

Wm. Thayer O. C. Photo  
MEMBER  
CENT. FOR

ANTES DA CIRURGIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANESTESIA GERAL

Nome: Paulo Roberto de Almeida Assinatura: Paulo Roberto de Almeida  
Compartimento: Ortopedia

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

( ) Identidade  
( ) Sexo: masculino  
( ) Data de nascimento: 15/05/69

**ANESTESIA**  
( ) Tipo: geral

**ALTO DESEMPENHO**  
( ) Sim ( ) Não se aplica

**VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTESIA**  
CONCLUÍDA

**EXAME DE PULSO NO PACIENTE EM**  
POSIÇÃO DE SUPINO

**PACIENTE POSSUI**

**ALERGIA CONHECIDA**  
( ) Sim, Qual: Não

**UMA ALERGIA DIRECIONADA À ANESTESIA**  
( ) Sim, e qual: Não

**ALTO DE PULSO SAO CIRCULARES E 300 ml**  
( ) Sim ( ) Não

**SIG. O SIGNO DE DOWNSHAW**  
( ) Sim ( ) Não

**ASSINATURA DO CIRURGIÃO**  
Paulo Roberto de Almeida

**DATA** 15/05/69

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

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

**CIRURGIÃO ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO**  
**CONFERENCIAR VERBALMENTE**

**Identificação do paciente**  
( ) Não utilizado  
( ) Não utilizado

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
( ) Sim ( ) Não

**REVISÃO DO CIRURGIÃO**  
( ) Sim ( ) Não

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Nenhuma preocupação específica em relação ao paciente

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Os membros presentes, como intubante, pedras e

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Qualquer preocupação ou qualquer outra

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Qual: Não

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Qual: Não

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Qual: Não

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Qual: Não

**REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
Qual: Não

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA**  
**OU DA EQUIPE MÉDICA CONFERENCIAR**  
**VERBALMENTE COM A EQUIPE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>padre masquita carvalho</u>					
DIAGNÓSTICO <u>fratura exposta de umero a direita</u>					
ALERGIAS	<u>nega</u>	HAS	<u>nega</u>	DM	<u>nega</u>
IDADE	<u>41</u>	LEITO	<u>118-5</u>	DATA	<u>16/11/2017</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	<u>ceftriaxona 1g 12/12 cv</u>				
10	<u>clindamicina 600 mg 6/6 horas vo</u>				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER LLEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a trafermto de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

	PA	FC	FR	TEMP		
<b>SINAIS VITAIS</b>						
6 H						
12 H	120/80	72		36,3c		
18 H	130/80	77				
24 H	120/80	77				

Josiane de Souza Araújo  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 050.461.072

UBS: An L2 100 frascado e gelado foi colocado no SE. gelado e termelimento

Josiane de Souza Araújo  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 050.461.072



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE paula mesquita carvalho					
DIAGNÓSTICO fratura exposta de umero a direita					
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	17/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS en				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11	<i>Ceftriaxona 1g 12/12 ev</i>				
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE <math>\leq</math> 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SL PAS &gt; 160 [ OU PAU &gt; 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

	PA	FC	FR	TEMP		
<b>SINAIS VITAIS</b>						
6 H	136x94	90		36,2		
12 H						
18 H	159x110	124		36,1		
24 H	130x90	96				

UWS - PA-120x80  
 FC-94  
 T-36°

**Márcia Araújo**  
 Técnico Enfermagem  
 CREMER 304 432

18:55 hs PA:139x82  
 P= 103.



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE: <u>padre mesquita carvalho</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>fratura exposta de umero a direita</u>					
ALERGIAS:	<u>nega</u>	HAS	<u>nega</u>	DM	<u>nega</u>
IDADE:	<u>41</u>	LEITO	<u>118-5</u>	DATA	<u>18/11/2017</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<u>SCUD</u>
2	SF 0,9% 600 ML EV 6/6 horas				<u>SCUD</u>
3	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				<u>SCUD</u>
4	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				<u>SCUD</u>
5	SSVV+CCGG 6/6 horas				<u>SCUD</u>
6	CURATIVO DIARIO				<u>SCUD</u>
7	ceftriaxona 1g 12/12 ev				<u>SCUD</u>
8	clindamicina 600 mg 8/8 horas vo				<u>SCUD</u>
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE <math>\leq</math> 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA <math>\geq</math> 160 E OU PAD <math>\geq</math> 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SF MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopedico.

*Dr. Paulo C. Belchior*  
 Médico  
 CRM-RR 1808

	PA	FC	FR	TEMP	
<b>SINAIS VITAIS</b>					
6 H	120x80	90	17	36,4	
12 H	124x84	92	-	36,5	
18 H	120x73	62	-	36	
24 H	120x70	84		36,6	

06h PCT sem dor  
 no membro

Isaquiel Lima Silva  
 Técnico de Enfermagem



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>psule masquita carvalho</u>					
DIAGNÓSTICO <u>fratura exposta de úmero a direita</u>					
ALERGIAS	<u>nega</u>	HAS	<u>nega</u>	DM	<u>nega</u>
IDADE	<u>41</u>	LEITO	<u>118-5</u>	DATA	<u>20/11/2017</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIÁRIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12horas av				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ML ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE <math>\leq</math> 60 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV = AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMHg. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p>					

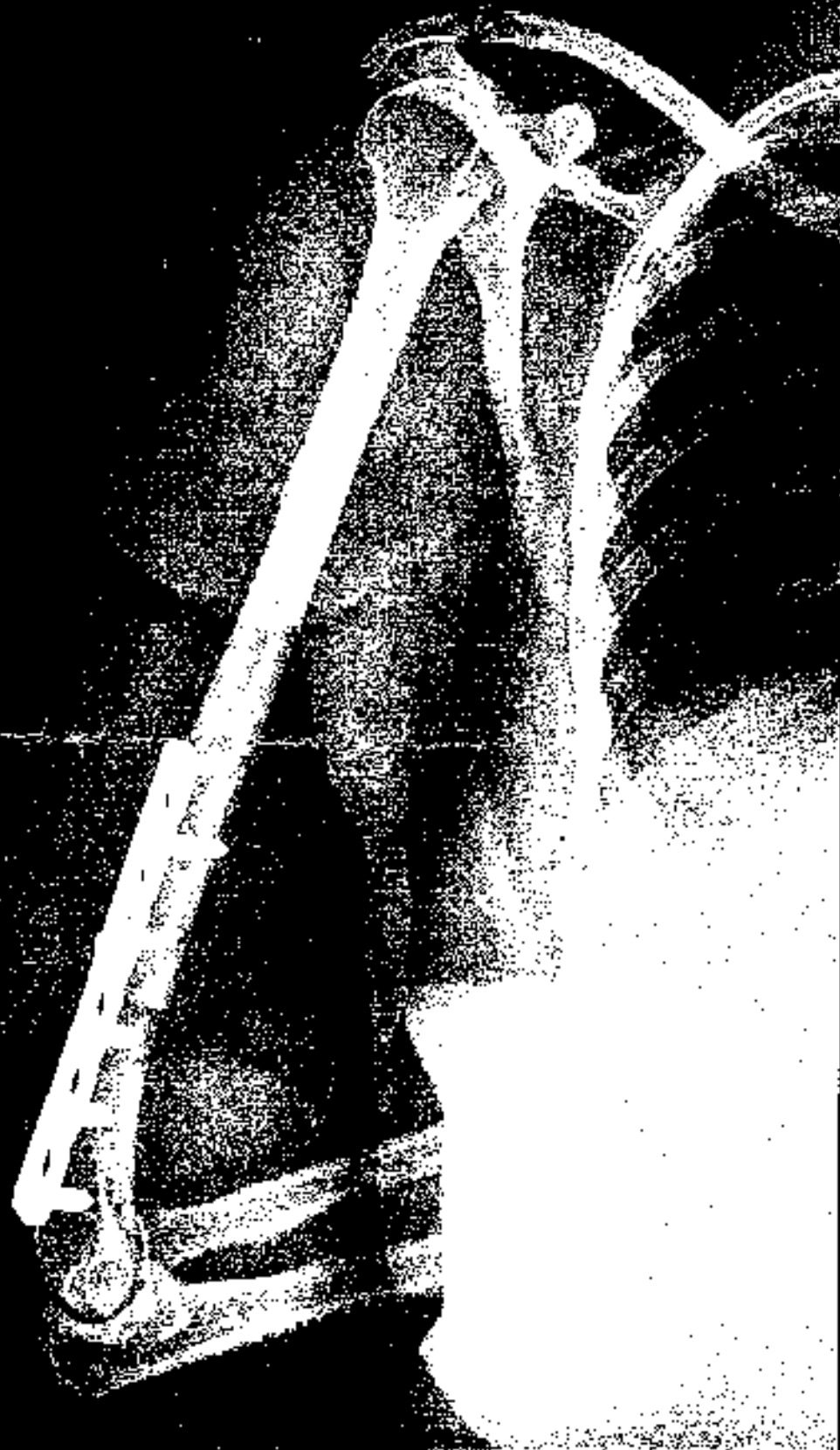
**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

PACIENTE RECEBE ALTA DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA APÓS TTO DE OSTEOSSÍNTESE DE ÚMERO FO EM BOM ASPECTO PULSOS DISTAIS PRESENTES SEM DEFICIT MOTOS SENSIBILIDADE PRESERVADA. RECEBE ATESTADO, RECEITA, ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL E ORIENTAÇÕES. PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL ALTA MÉDICA ORTOPÉDICA.

*Dr. Paulo C. Schenck Jr.*  
 Médico  
 CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP		
<b>SINAIS VITAIS</b>						
6 H						
12 H	110x60	94		36,5°C		
18 H						
24 H						

D





40.7%

PAULA MESSQUITA CARVALHO

40.7% 2017 12:55:41

47.9%

47.9% 2017 12:55:41

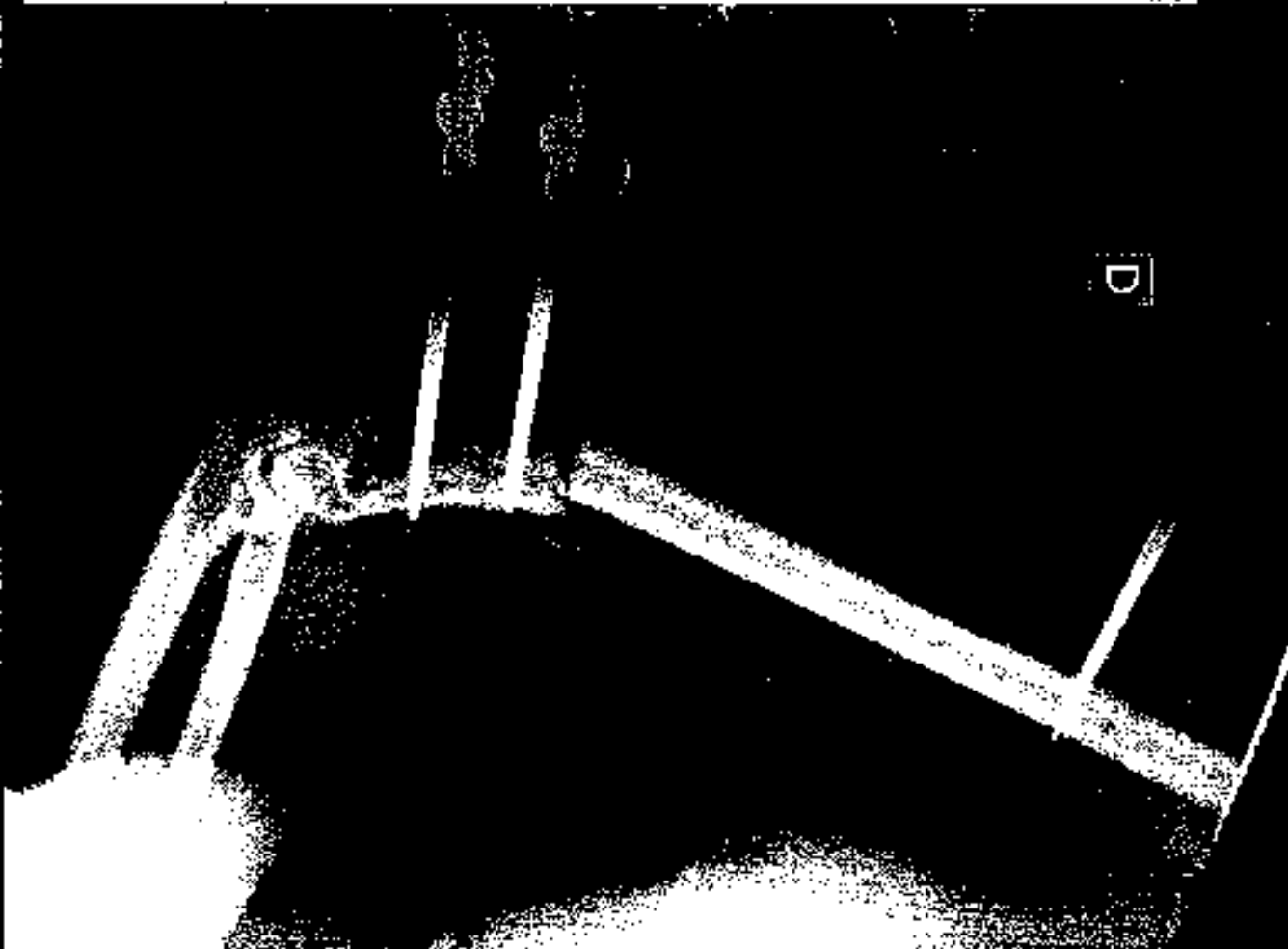
□

□



✱

□



43.7%

13/11/2017 10:56:40

47.5%

13/11/2017 10:56:40

PAULA MESQUITA CARVALHO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

126.44709.66-2

NÚMERO

2178040

SÉRIE

002-0

UF

RR

Paula Mesquita Carvalho

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

**BRASILEIRO**

17/05/1976  
NASCIMENTO

CPF: 591.157.852-20

NOME: PAULA MESQUITA CARVALHO

LOC. DE NASC.: MANAUS - AM

FILIAÇÃO: WALDECI MESQUITA CARVALHO

DOC. APRESENTADO: R.G. 132093 SESP RR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº 5.209, DE 11 DE MARÇO DE 1965

RG: 132093

LOCAL DA EMISSÃO: DRT/RR  
EMISSÃO: 23/05/2007

Esquema de  
Detecção

ASSINATURA DO EMISSOR

126610. Hcm

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAM - RR  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013746553360

VIA COO. RENAVAM 01 00886814782 EXERCÍCIO 2018

TALITA ELAINE ALBUQUERQUE

956.216.102-10 PLACA NAD0866

9C2JC30706R900037

PAS/MOTOCICLET/MO APLIC. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

2P/0124CC/ PARTICU PRETA

1º \*ISENTO\* 2º 3º

V A ISENTO(+ DE 10 ANOS)

PREMIO TARIFARIO R\$0.7 R\$185.5

SEM RESERVA DE DENTADO \* PROIB SAIR AMAZ  
OCID 141140 DETAM RR 01/2018 LOTE 226

BOA VISTA R. Presidentes 09/04/2018

RR Nº 013746553360 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradorauber.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

01 956.216.102-10 DATA EMISSÃO 09/04/2018

00886814782 HONDA/CG 125 FAN

2006 9C2JC30706R900037

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$81.29 R\$9.03 CUSTO DO SEGURO R\$90.33

R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5


SEGURO DO BILHETE R\$0.7

SEGUROADORA UBER - DPVAT

CNPJ 09.240.044/0001-04 013746553360  
23836869



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT  
**563725**

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429678/19

**Vítima:** PAULA MESQUITA CARVALHO

**CPF:** 591.157.852-20

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 04/11/2017

**Titular do CPF:** PAULA MESQUITA  
CARVALHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**PAULA MESQUITA CARVALHO : 591.157.852-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019  
Nome: PAULA MESQUITA CARVALHO  
CPF: 591.157.852-20

\_\_\_\_\_  
PAULA MESQUITA CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

\_\_\_\_\_  
GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673072 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULA MESQUITA CARVALHO **Data do acidente:** 04/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 2/4/5/25/26 \_CIRURGIA  
PÁG. 32/33/34 \_EXAME 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673072 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULA MESQUITA CARVALHO **Data do acidente:** 04/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 2/4/5/25/26 \_CIRURGIA  
PÁG. 32/33/34 \_EXAME 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429678/19

**Vítima:** PAULA MESQUITA CARVALHO

**CPF:** 591.157.852-20

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 04/11/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PAULA MESQUITA CARVALHO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**PAULA MESQUITA CARVALHO : 591.157.852-20**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019  
Nome: PAULA MESQUITA CARVALHO  
CPF: 591.157.852-20

PAULA MESQUITA CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019  
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA  
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA



---

**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190673072**

**Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO**

**Data do Acidente: 04/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PAULA MESQUITA CARVALHO**

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



Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673072

Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO

Data do Acidente: 04/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PAULA MESQUITA CARVALHO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: PAULA MESQUITA CARVALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000010025336-9

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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) ☐ 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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 pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035397/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 09:53 Data/Hora Fim: 15/10/2019 10:24  
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 04/11/2017 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Laura Moreira

Logradouro: ataide teive/ grão mestre claudio barbos de araujo

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULA MESQUITA CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Manaus

Sexo: Feminino

Nasc: 17/05/1976

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Waldeci Mesquita Carvalho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 132093

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua barnabé antonio de lima

Nº: 1215

Bairro: alvaorada

Telefone: (95) 99129-8043 (Celular)

Nome Civil: ELISÂNGELA PEREIRA ALVES (ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 05/07/1979

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Izabel Pereira Alves

Nome do Pai: Francisco Cristiano Alves

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 336269-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava na Av Ataíde Teive na garupa da motocicleta ronda cg 125 fan placa NAO0866 de cor preta chassi 9C2JC30706R900037 em nome de Talita Elaine Albuquerque, que foram atingidas por um veículo que atravessou a avenida vindo da Rua Grão Mestre Claudio Barbosa de Araujo, com a queda a comunicante teve uma fratura



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035397/2019

exposta no braço direito, que o infrator fugiu do local, que foi atendida pelo SAMU e conduzida ao HGR, é o relato, que não deseja representar.

DAT

ASSINATURAS

  
Francinelson Cardoso Froz  
Agente Carcerário  
Matrícula 042000582  
Responsável pelo Atendimento

  
Paula Mesquita Carvalho  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura:

☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AEL:

3 - CPF da vítima:

591.137.852-20

4 - Nome completo da vítima:

Paula Mesquita Carvalho

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

5 - Nome completo:

Paula Mesquita Carvalho

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Causa da morte:

R. Praxede Antônio de Lima

6 - CPF:

591.137.852-20

9 - R. Jovem:

1.315

10 - Complemento:

1.315

11 - Bairro:

Candelária

12 - Cidade:

Boa Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.313-231

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(95) 99129-7043

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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, por todas as fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Informe para os bancos abaixo. Assinale, em opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Informe os dados):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

5480

0

CONTA:

25.336

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informe o código de estado)

(Informe o código de cidade)

(Informe o código de estado)

(Informe o código de cidade)

Autorizo a Seguradora Líder a abrir na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e acatando, desde lá o dinheiro 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 laudo ou Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.154/74), uma vez que:

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

Se não o prosseguimento ao análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em não submeter a análise médica pericial, caso necessário, às instâncias superiores, conforme o disposto no art. 8º, III, da Lei nº 6.154/74.

Declaro e de este autorizo, não sendo admitido qualquer contestação ou recurso a futura avaliação médica ou perícia de contagem a avaliação médica, manifestando-me sobre o resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Casado

☐ Solteiro

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

☐ União estável

24 - Grau de parentesco com a vítima:

☐ Pai

☐ Mãe

☐ Filho

☐ Sobrinho(a)

☐ Outros

☐ Outros

25 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

28 - Se tinha filhos, informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar o nome completo:

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Se tinha herdeiros, informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha herdeiros, informar o nome completo:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

34 - Se tinha pais/avós vivos, informar o nome completo:

☐ Sim

☐ Não

35 - Se tinha pais/avós vivos, informar o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte às únicas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta morte (s), estando presente, aliado, do que que quer o pedido ou codarção, e eu declaro que não poderei gozar a qualquer tempo o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 200 do Código Penal.

36 - 1ª Nome:

37 - 1ª Nome:

38 - 2ª Nome:

39 - 2ª Nome:

39 - 2ª CPF:

40 - 2ª CPF:

40 - 2ª Assinatura:

41 - 2ª Assinatura:

41 - 2ª Assinatura:

42 - 2ª Assinatura:

42 - 2ª Assinatura:

43 - 2ª Assinatura:

43 - 2ª Assinatura:

44 - 2ª Assinatura:

44 - 2ª Assinatura:

45 - 2ª Assinatura:

45 - 2ª Assinatura:

46 - 2ª Assinatura:

46 - 2ª Assinatura:

47 - 2ª Assinatura:

47 - 2ª Assinatura:

48 - 2ª Assinatura:

48 - 2ª Assinatura:

49 - 2ª Assinatura:

49 - 2ª Assinatura:

50 - 2ª Assinatura:

50 - 2ª Assinatura:

51 - 2ª Assinatura:

51 - 2ª Assinatura:

52 - 2ª Assinatura:

52 - 2ª Assinatura:

53 - 2ª Assinatura:

53 - 2ª Assinatura:

54 - 2ª Assinatura:

54 - 2ª Assinatura:

55 - 2ª Assinatura:

55 - 2ª Assinatura:

56 - 2ª Assinatura:

56 - 2ª Assinatura:

57 - 2ª Assinatura:

57 - 2ª Assinatura:

58 - 2ª Assinatura:

58 - 2ª Assinatura:

59 - 2ª Assinatura:

59 - 2ª Assinatura:

60 - 2ª Assinatura:

60 - 2ª Assinatura:

61 - 2ª Assinatura:

61 - 2ª Assinatura:

62 - 2ª Assinatura:

62 - 2ª Assinatura:

63 - 2ª Assinatura:

63 - 2ª Assinatura:

64 - 2ª Assinatura:

64 - 2ª Assinatura:

65 - 2ª Assinatura:

65 - 2ª Assinatura:

66 - 2ª Assinatura:

66 - 2ª Assinatura:

67 - 2ª Assinatura:

67 - 2ª Assinatura:

68 - 2ª Assinatura:

68 - 2ª Assinatura:

69 - 2ª Assinatura:

69 - 2ª Assinatura:

70 - 2ª Assinatura:

70 - 2ª Assinatura:

71 - 2ª Assinatura:

71 - 2ª Assinatura:

72 - 2ª Assinatura:

72 - 2ª Assinatura:

73 - 2ª Assinatura:

73 - 2ª Assinatura:

74 - 2ª Assinatura:

74 - 2ª Assinatura:

75 - 2ª Assinatura:

75 - 2ª Assinatura:

76 - 2ª Assinatura:

76 - 2ª Assinatura:

77 - 2ª Assinatura:

77 - 2ª Assinatura:

78 - 2ª Assinatura:

78 - 2ª Assinatura:

79 - 2ª Assinatura:

79 - 2ª Assinatura:

80 - 2ª Assinatura:

80 - 2ª Assinatura:

81 - 2ª Assinatura:

81 - 2ª Assinatura:

82 - 2ª Assinatura:

82 - 2ª Assinatura:

83 - 2ª Assinatura:

83 - 2ª Assinatura:

84 - 2ª Assinatura:

84 - 2ª Assinatura:

85 - 2ª Assinatura:

85 - 2ª Assinatura:

86 - 2ª Assinatura:

86 - 2ª Assinatura:

87 - 2ª Assinatura:

87 - 2ª Assinatura:

88 - 2ª Assinatura:

88 - 2ª Assinatura:

89 - 2ª Assinatura:

89 - 2ª Assinatura:

90 - 2ª Assinatura:

90 - 2ª Assinatura:

91 - 2ª Assinatura:

91 - 2ª Assinatura:

92 - 2ª Assinatura:

92 - 2ª Assinatura:

93 - 2ª Assinatura:

93 - 2ª Assinatura:

94 - 2ª Assinatura:

94 - 2ª Assinatura:

95 - 2ª Assinatura:

95 - 2ª Assinatura:

96 - 2ª Assinatura:

96 - 2ª Assinatura:

97 - 2ª Assinatura:

97 - 2ª Assinatura:

98 - 2ª Assinatura:

98 - 2ª Assinatura:

99 - 2ª Assinatura:

99 - 2ª Assinatura:

100 - 2ª Assinatura:

100 - 2ª Assinatura:

101 - 2ª Assinatura:

101 - 2ª Assinatura:

102 - 2ª Assinatura:

102 - 2ª Assinatura:

103 - 2ª Assinatura:

103 - 2ª Assinatura:

104 - 2ª Assinatura:

104 - 2ª Assinatura:

105 - 2ª Assinatura:

105 - 2ª Assinatura:

106 - 2ª Assinatura:

106 - 2ª Assinatura:

107 - 2ª Assinatura:

107 - 2ª Assinatura:

108 - 2ª Assinatura:

108 - 2ª Assinatura:

109 - 2ª Assinatura:

109 - 2ª Assinatura:

110 - 2ª Assinatura:

110 - 2ª Assinatura:

111 - 2ª Assinatura:

111 - 2ª Assinatura:

112 - 2ª Assinatura:

112 - 2ª Assinatura:

113 - 2ª Assinatura:

113 - 2ª Assinatura:





UNIDADE: Boa Vista EQUIPE: Brasil + Mainho



Paciente: Paula Mesquita Carvalho Idade: 42 Sexo: Fem  
 Nacionalidade: Brasileira Raça: ☒ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia  
 Endereço: Rua Graciliano Bairro: CRUZEIRA

Nº 17792 DATA: 04/10/17  
 Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: ED: ANETE HORA J/9: 14:37 BASE: ☒ VIA: ☐ ( ) RÁDIO  
 HORA J/10: 14:48 ( ) CELULAR

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ( ) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas ( ) / Mais de 24 horas ( ) / Não sabe ( )

AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS	
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto	<input type="checkbox"/> Vítila projetada	<input type="checkbox"/> FAB	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho	<input type="checkbox"/> Local
<input type="checkbox"/> Colisão AUTO x	<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Vítila encarcerada	<input type="checkbox"/> Air Bag Acionado	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.	<input type="checkbox"/> Trajeto
<input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro	<input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	<input checked="" type="checkbox"/> MOTOCICLETA/ BICICLETA	<input type="checkbox"/> Colisão MOTO x MOTO FIC	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente	<input type="checkbox"/> Agressão animal
<b>PEDESTRE</b>		<input type="checkbox"/> Queda de moto		<input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>trauma</u>	
<input type="checkbox"/> Atropelamento		<input type="checkbox"/> Com capacete					
<input type="checkbox"/> VIA		<input type="checkbox"/> Sem capacete					
<input type="checkbox"/> CALÇADA		<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta					
		<input type="checkbox"/> Piloto					
		<input checked="" type="checkbox"/> Garupa					

VIAS AERIAS		VENTILAÇÃO		CIRCULAÇÃO		AVAL NEUROLÓGICA	
<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> AVDN	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midríase	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Edema de Glote	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Anticorário	<input type="checkbox"/> D
		<input type="checkbox"/> Respiração paradoxal		<input type="checkbox"/> Cianose de extremidade		<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado	<input type="checkbox"/> E
						<input type="checkbox"/> DN	<input type="checkbox"/> DN

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início	<u>120/80</u>	<u>89</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>				
Fim	<u>120/80</u>	<u>90</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>				

Pele		Cabeça		Face		Pescoco		Tórax		Abdome	
<input checked="" type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Laceração
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Jampamento	<input type="checkbox"/> Distendido	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Úmida	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<input type="checkbox"/> Luxação	<input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Empalamento	<input type="checkbox"/> Dolbroso	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Fer. penetrante	<input type="checkbox"/> Mandíbula	<input type="checkbox"/> Mandíbula							

Pelve	Coluna Dorsal	MMSS	MMII	QUEIMADURAS							
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão								
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Escoriações								
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Luxações	<input type="checkbox"/> Luxações								
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Lacerações								
		<input checked="" type="checkbox"/> Fratura	<input type="checkbox"/> Fratura								
		<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Amputação								

AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Infecçiosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Flutuer		<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Pediátrica		
		<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Medicação de uso	
		<input type="checkbox"/> Aborto			

GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ PEQUENA ☒ MÉDIA ☐ SEVERA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

INCIDENTE		MULTIPLS MEIOS ACIONADOS	
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento	<input type="checkbox"/> Polícia Militar	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização	<input type="checkbox"/> SMTRAN	<input type="checkbox"/> Bombeiro
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	<input type="checkbox"/> Outros:	

RGP		OBSERVAÇÕES	
<input type="checkbox"/> Iniciada as:	<input type="checkbox"/> Término as:		
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso	<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		
<input type="checkbox"/> Obs.:			

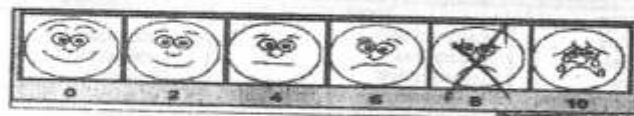
DESTINO: ☒ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota

☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI ☐ Outros

PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor: /
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	lúvica, Compressas, atadura gases.
Perda de líquido: _____	BCF: _____	
[ ] Com cartão [ ] Sem cartão		

1. Abertura Ocular (O):	Esontâneas	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
2. Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
3. Resposta Verbal (V):	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

74 anos, (M) Queixa de dor - começa em toda a  
 região ventral, apresentando tração exposta  
 na região do úmero distal. (D) (L) 880V  
 preservados, realizado protocolo de punção e  
 curativo com imobilização informada ao  
 M-192 que encaminhado ao E-1162 com  
 ventilação contínua e S/A no transporte.

03/08/18  
 18/08/18



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: PAULA MESQUITA CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05780-0

CONTA: 000010025336-9

---

Nr. da Autenticação F7A9B33BEED91934



CNPJ: 06.908.478/01-02  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 001.019.403-02  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 88.306-410

ATENDIMENTO  
CAERR  
0800 280 8520

Matrícula: 311510

Setembro/2019

Dados do Cliente:

PAULA MESQUITA CARVALHO

Endereço para entrega:

RUA BARBOSA ANTONIO DE LIMA, 1215 - ALVO  
RUA BOA VISTA RR 69317-231

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.019.403.0261.000	15	3495	RESIDENCIAL
Hidrometro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
Y125596635	19/01/2015	CORTADO	LIGADO
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m³)
LEITURA FAT. 143		153	10
LEITURA INF.			33
DT. LEITURA 22/08/2019 24/09/2019			

ULTIMOS CONSUMOS

201908 10-17  
201907 10-17  
201906 10-17  
201905 10-17  
201904 10-17  
201903 1-32

MEDIA 8

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor				
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição				
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 Q.M				
ANÁLISE	CLORO	TURBID.º	ODR	C.TOTAL E-AGUI
ENTIDADA				
ANÁLISE				
CONFORME				

DESCRIÇÃO

	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE AGUA	19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		0,47

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

43,36

AVISO: EM 31/08/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

"SETEMBRO AMARELO, MES DE VALORIZACAO DA VIDA E PREVENCAO AO SUICIDIO: VOCE IMPORTA, VOCE TEM VALOR, VOCE NAO ESTA SO."



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
311510	09-2019	15/10/2019	43,36

82630000000- 5 43360004001- 1 00031151001- 0 09201990003- 1



IMPRIMISSIMO EM: 24/09/2019 11:13:52

Via do Cliente

Via do Cliente