

1703880923 04/11/2017 12:34:14

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SUS - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAARI/PRIE
AV. BRIGADEIRO CULAPIXI GOMES, 3300 - AEROPORTO

FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA

DIA/RNDO 07-18

Paciente

PAULA MESQUITA CARVALHO

Nome Civil

IDENTIDADE 132093

Sexo

Mãe

WALDECI MESQUITA CARVALHO

Endereço

GRUA - BARNABÉ ANTONIO DE LIMA - 1215 - ALVORADA - BOA VISTA - RR

Cidade de Resid.

Número do Documento

Número da Unidade

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Setor

GRANDE TRAUMA

Quarto Principal

Data Nascimento

17/05/1978

Sexo:

F

Estado Civil:

SOLTEIRO/A

PAUTA:

Pal

NC

Idade

41 A 5 M 18 D

Naturalidade:

MANaus - AM

Nacionalidade:

BRASILEIRA

Comunidade:

(95) 93129-8043

LMS

00143421385801

CPF

00000000000

RG

00000000000

Nº CCC

Paulo Musquita

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNACÃO HOSPITALAR

10 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

11 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE AUTORIZANTE

HC

12 - CNES

4-1-NBS

13 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE DA VASANTE

HC

14 - NOME PRACTICANTE

15 - NOME DO PACIENTE

Paulo Musquita Capivari

16 - SEXO

MF

17 - DATA DE NASCIMENTO

17/05/1946

18 - LÍCENCA DE CONDUZIR

135912110133

19 - CPF DO PACIENTE

5101141314321131815181011

20 - NOME DO PAPEL DE RESPIRÁVEL

21 - ENDERECO (RUA, N.º, SALA)

22 - MUNICÍPIO DE ATENDIMENTO

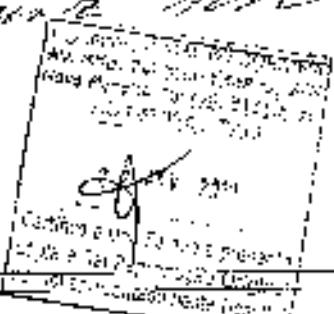
23 - CEP

24 - FONTE DE INFORMAÇÃO CLINICO

25 - JUSTIFICATIVO DE INTERNACAO

26 - PRINCIPAIS DIASES E SINTOMAS CLINICOS

*paciente estreñido há 15 dias
faz 6x/dia (1)*



27 - CONDIÇÕES SOCIAIS JUSTIFICATIVAS DE INTERNACAO

Tudo ok nesse caso

28 - PRINCIPAIS DISESSES DE PROVA DARMOS ILHAS (HEBOL) NO CTI AVALIAÇÃO

Assimismo + ex. fígado + etc.

29 - INDICAU DO DIAGNÓSTICO

FC ESP. varizes (1)

30 - INDICAU PRINCIPAL CTI (INTERNAÇÃO)

FC ESP. varizes (1)

31 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

FC esp. varizes (1)

33 - CÓDIGO ICD-10 CONFIRMADO

34 - CÓDIGO

35 - CÓDIGO DE INSCRIÇÃO

36 - DOCUMENTO

37 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

38 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

39 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

40 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

41 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

42 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

43 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

44 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

45 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

46 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

47 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

48 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

49 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

50 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

51 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

52 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

53 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

54 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

55 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

56 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

57 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

58 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

59 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

60 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

61 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

62 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

63 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

64 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

65 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

66 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

67 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

68 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

69 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

70 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

71 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

72 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

73 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

74 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

75 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

76 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

77 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

78 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

79 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

80 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

81 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

82 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

83 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

84 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

85 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

86 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

87 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

88 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

89 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

90 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

91 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

92 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

93 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

94 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

95 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

96 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

97 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

98 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

99 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

100 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

101 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

102 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

103 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

104 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

105 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

106 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

107 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

108 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

109 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

110 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

111 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

112 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

113 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

114 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

115 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

116 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

117 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

118 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

119 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

120 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

121 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

122 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

123 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

124 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

125 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

126 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

127 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

128 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

129 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

130 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

131 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

132 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

133 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

134 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

135 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

136 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

137 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

138 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

139 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

140 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

141 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

142 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

143 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

144 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

145 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

146 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

147 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

148 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

149 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

150 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

151 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

152 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

153 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

154 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

155 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

156 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

157 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

158 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

159 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

160 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

161 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

162 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

163 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

164 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

165 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

166 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

167 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

168 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

169 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

170 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

171 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

172 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

173 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

174 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

175 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

176 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

177 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

178 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

179 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

180 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

181 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

182 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

183 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

184 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

185 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

186 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

187 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

188 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

189 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

190 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

191 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

192 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

193 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

194 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

195 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

196 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

197 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

198 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

199 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

200 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

201 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

202 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

203 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

204 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

205 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

206 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

207 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

208 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

209 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

210 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

211 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

212 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

213 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

214 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

215 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

216 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

217 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

218 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

219 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

220 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

221 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

222 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

223 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

224 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

225 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

226 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

227 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

228 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

229 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

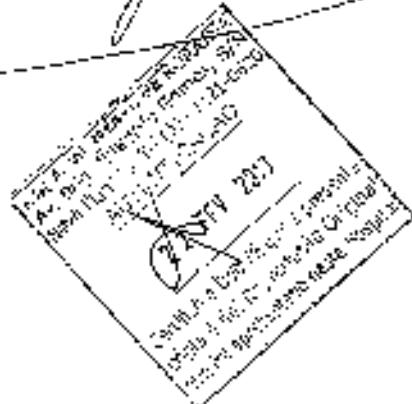
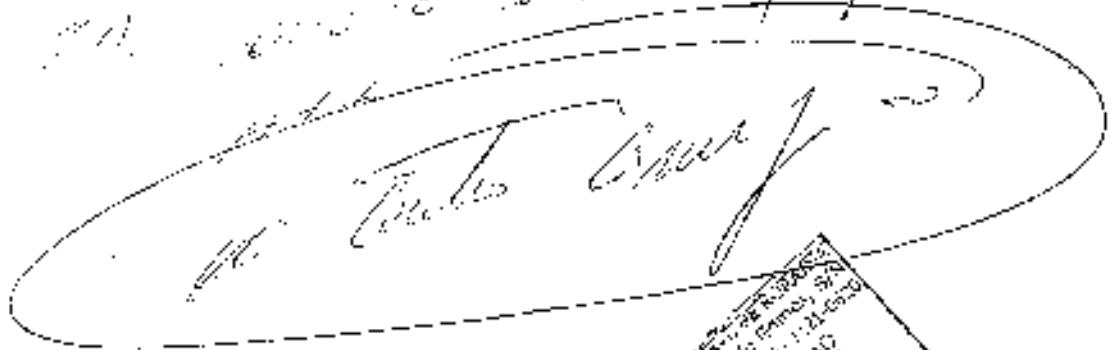
230 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

231 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

232 - DOCUMENTO DE FICHA ASSISTENTE

Sept / The Gravel-
stone and white
limestone, Cenozoic

and the first time I have
seen a bird like this.
I hope you will be able to
get me a specimen.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/11/14 ns:

Paulo Henrique Lobo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPEUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIA:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

21/11/14 16:00 horas
Operação de mastectomia e
radioterapia do seio para remoção
de tumor de 2 cm de diâmetro.
A paciente com 47 anos de idade
e 60 kg de peso.
O procedimento foi realizado sob
anestesia geral com intubação endotracheal.
O resultado da cirurgia foi positivo.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA

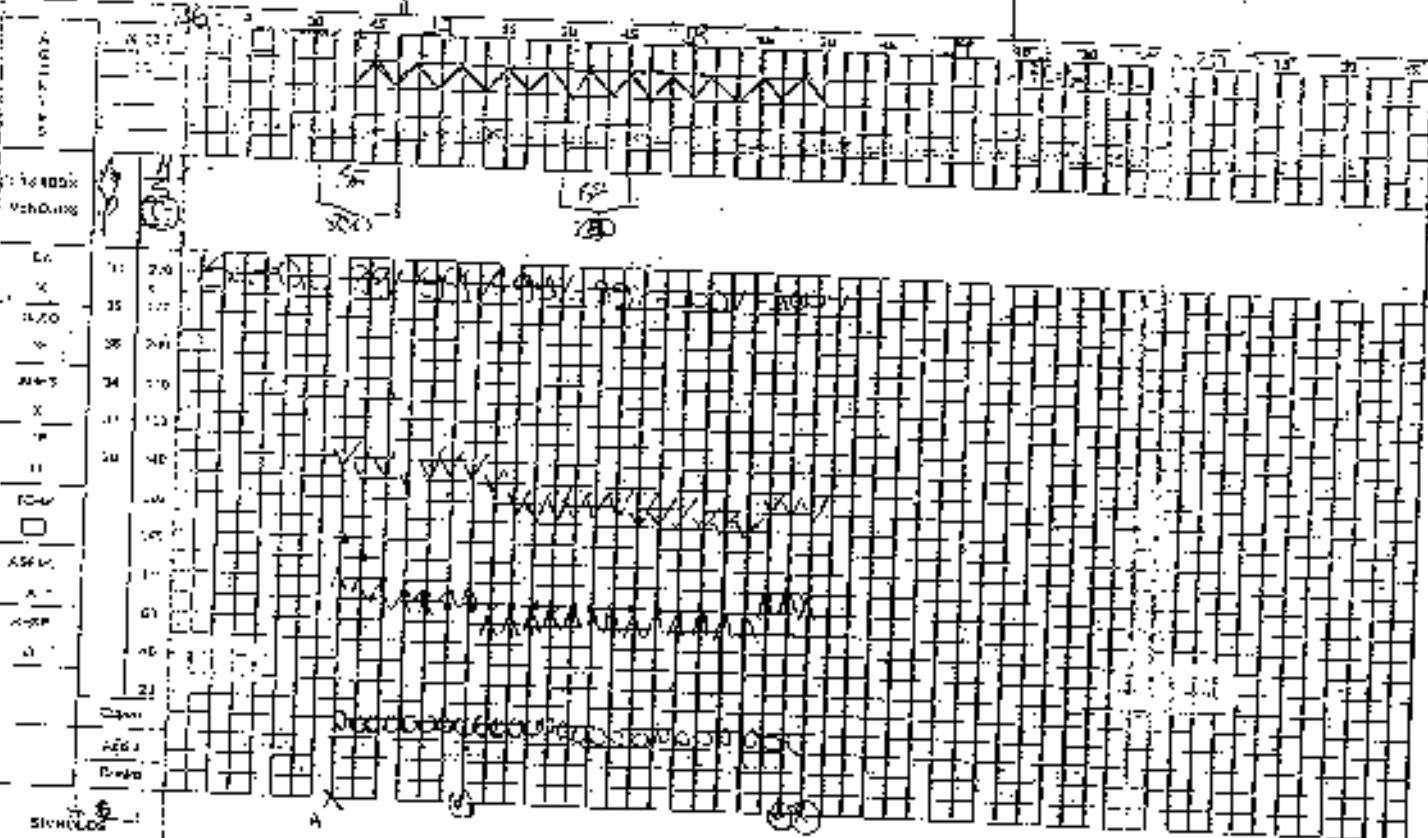
Rebeca Mesquita Barreto, 45a

04/11/17

ANESTESIA - INJICA - DOSE - IDEIA - BEIRO

Midazolam 3mg EV

Fentanil 40mcg EV



ABRIL 2017

1. Glicorilatina 500ml 0,5% 10ml

2. Lactato 200ml 15ml

3. Bromafel 30mg

4. Fentanil 40mcg

5. Etomidato 100mg

6. Glucosa 1000ml

7. Laxante 10ml

8. Enemas

9. Seringas 10ml

10. Toda

11. Oxi

12. Oxi

13. Oxi

14. Oxi

15. Oxi

16. Oxi

17. Oxi

18. Oxi

19. Oxi

20. Oxi

21. Oxi

22. Oxi

23. Oxi

24. Oxi

25. Oxi

26. Oxi

27. Oxi

28. Oxi

29. Oxi

30. Oxi

31. Oxi

32. Oxi

33. Oxi

34. Oxi

35. Oxi

36. Oxi

37. Oxi

38. Oxi

39. Oxi

40. Oxi

41. Oxi

42. Oxi

43. Oxi

44. Oxi

45. Oxi

46. Oxi

47. Oxi

48. Oxi

49. Oxi

50. Oxi

51. Oxi

52. Oxi

53. Oxi

54. Oxi

55. Oxi

56. Oxi

57. Oxi

58. Oxi

59. Oxi

60. Oxi

61. Oxi

62. Oxi

63. Oxi

64. Oxi

65. Oxi

66. Oxi

67. Oxi

68. Oxi

69. Oxi

70. Oxi

71. Oxi

72. Oxi

73. Oxi

74. Oxi

75. Oxi

76. Oxi

77. Oxi

78. Oxi

79. Oxi

80. Oxi

81. Oxi

82. Oxi

83. Oxi

84. Oxi

85. Oxi

86. Oxi

87. Oxi

88. Oxi

89. Oxi

90. Oxi

91. Oxi

92. Oxi

93. Oxi

94. Oxi

95. Oxi

96. Oxi

97. Oxi

98. Oxi

99. Oxi

100. Oxi

101. Oxi

102. Oxi

103. Oxi

104. Oxi

105. Oxi

106. Oxi

107. Oxi

108. Oxi

109. Oxi

110. Oxi

111. Oxi

112. Oxi

113. Oxi

114. Oxi

115. Oxi

116. Oxi

117. Oxi

118. Oxi

119. Oxi

120. Oxi

121. Oxi

122. Oxi

123. Oxi

124. Oxi

125. Oxi

126. Oxi

127. Oxi

128. Oxi

129. Oxi

130. Oxi

131. Oxi

132. Oxi

133. Oxi

134. Oxi

135. Oxi

136. Oxi

137. Oxi

138. Oxi

139. Oxi

140. Oxi

141. Oxi

142. Oxi

143. Oxi

144. Oxi

145. Oxi

146. Oxi

147. Oxi

148. Oxi

149. Oxi

150. Oxi

151. Oxi

152. Oxi

153. Oxi

154. Oxi

155. Oxi

156. Oxi

157. Oxi

158. Oxi

159. Oxi

160. Oxi

161. Oxi

162. Oxi

163. Oxi

164. Oxi

165. Oxi

166. Oxi

167. Oxi

168. Oxi

169. Oxi

170. Oxi

171. Oxi

172. Oxi

173. Oxi

174. Oxi

175. Oxi

176. Oxi

177. Oxi

178. Oxi

179. Oxi

180. Oxi

181. Oxi

182. Oxi

183. Oxi

184. Oxi

185. Oxi

186. Oxi

187. Oxi

188. Oxi

189. Oxi

190. Oxi

191. Oxi

192. Oxi

193. Oxi

194. Oxi

195. Oxi

196. Oxi

197. Oxi

198. Oxi

199. Oxi

200. Oxi

201. Oxi

202. Oxi

203. Oxi

204. Oxi

205. Oxi

206. Oxi

207. Oxi

208. Oxi

209. Oxi

210. Oxi

211. Oxi

212. Oxi

213. Oxi

214. Oxi

215. Oxi

216. Oxi

217. Oxi

218. Oxi

219. Oxi

220. Oxi

221. Oxi

222. Oxi

223. Oxi

224. Oxi

225. Oxi

226. Oxi

227. Oxi

228. Oxi

229. Oxi

230. Oxi

231. Oxi

232. Oxi

233. Oxi

234. Oxi

235. Oxi

236. Oxi

237. Oxi

238. Oxi

239. Oxi

240. Oxi

241. Oxi

242. Oxi

243. Oxi

244. Oxi

245. Oxi

246. Oxi

247. Oxi

248. Oxi

249. Oxi

250. Oxi

251. Oxi

252. Oxi

253. Oxi

254. Oxi

255. Oxi

256. Oxi

257. Oxi

258. Oxi

259. Oxi

260. Oxi

261. Oxi

262. Oxi

263. Oxi

264. Oxi

265. Oxi

266. Oxi

267. Oxi

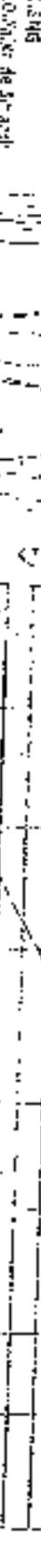
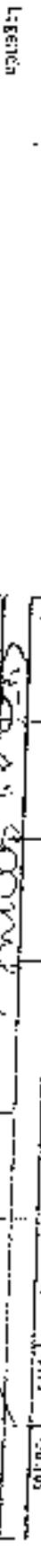
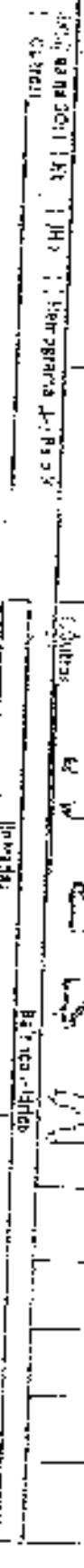
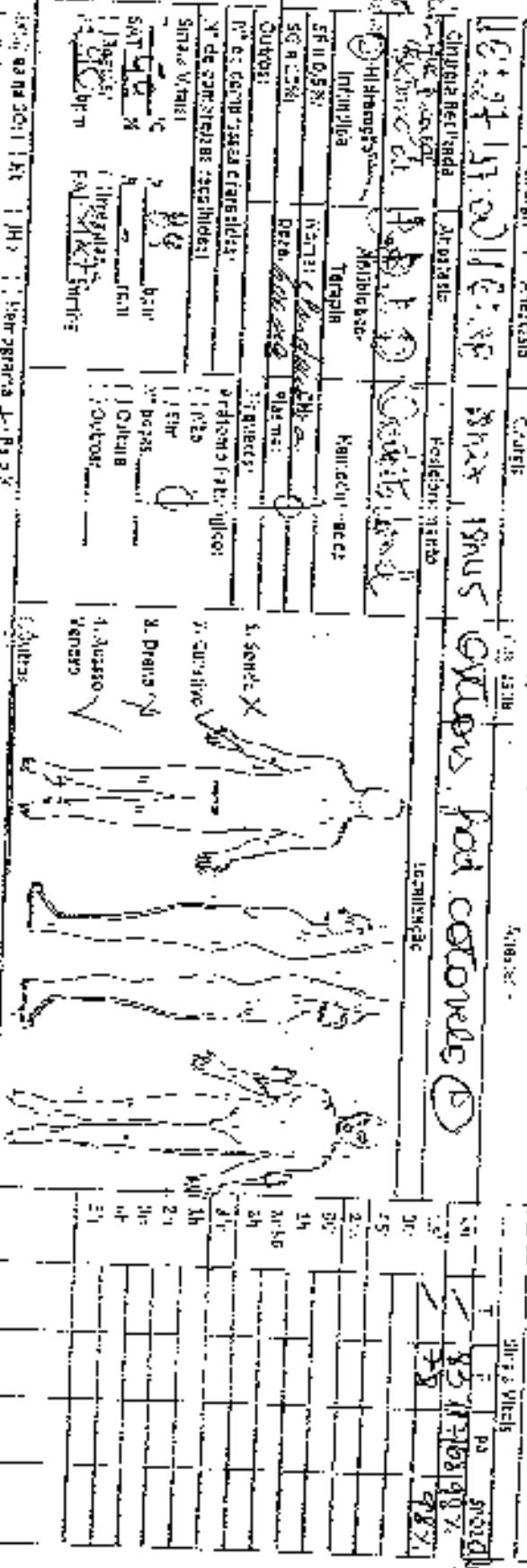
卷之三

SOCIETÀ DE L'ESPRESSO MAGAZINE



NOVEMBER 1966 VOL 42 NO 11

CENTRO DE INVESTIGACIONES



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores

ANTES DA OPERAÇÃO ANESTÉSICA
Nome: WILSON LIMA RG: 1111
Residência: Rua das Flores



RAZÃO CIRÚRGICA [Sala Operatória]

**CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
BOUPE SE APRESENTARAM PELA NOMEADA
FONÇÃO:** Sim Não

CONTRIBUIÇÃO, ANESTESIA E ENFERMEIRO
 Identificação do paciente
 Gabinete cirúrgico
 Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
 REVISÃO DO CIRURGÃO:
Quais são as etapas críticas ou respostas, dimissão da
operação e perda surgiem prevista.

**1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO**
 Sim Não

**2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAGENS**
 Sim Não Não se Aplica

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

**SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

**4- O CIRURGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
PROBLEMAS DE TIPO DE MANGEM REVISTAS**
 Sim Não Não se Aplica

**5- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os enfermeiros necessários, como é estruturada, profissão e
outras coisas presentes e devoce à validade da
estabilização (incluindo respeito ao isolamento). Há
quem só deve ser jas a operação, quem deve ser quem faz
manutenção.**

**6- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

**7- O CIRURGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
PROBLEMAS DE TIPO DE MANGEM REVISTAS**
 Sim Não Não se Aplica

**8- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os enfermeiros necessários, como é estruturada, profissão e
outras coisas presentes e devoce à validade da
estabilização (incluindo respeito ao isolamento). Há
quem só deve ser jas a operação, quem deve ser quem faz
manutenção.**

**9- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

**10- O CIRURGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
PROBLEMAS DE TIPO DE MANGEM REVISTAS**
 Sim Não Não se Aplica

**11- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os enfermeiros necessários, como é estruturada, profissão e
outras coisas presentes e devoce à validade da
estabilização (incluindo respeito ao isolamento). Há
quem só deve ser jas a operação, quem deve ser quem faz
manutenção.**

**12- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

**13- O CIRURGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
PROBLEMAS DE TIPO DE MANGEM REVISTAS**
 Sim Não Não se Aplica

**14- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os enfermeiros necessários, como é estruturada, profissão e
outras coisas presentes e devoce à validade da
estabilização (incluindo respeito ao isolamento). Há
quem só deve ser jas a operação, quem deve ser quem faz
manutenção.**

**15- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

**16- O CIRURGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
PROBLEMAS DE TIPO DE MANGEM REVISTAS**
 Sim Não Não se Aplica

**17- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os enfermeiros necessários, como é estruturada, profissão e
outras coisas presentes e devoce à validade da
estabilização (incluindo respeito ao isolamento). Há
quem só deve ser jas a operação, quem deve ser quem faz
manutenção.**

**18- SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO**
 Sim Não

**19- O CIRURGICO, O ANESTESIOLOGISTA E A
PROBLEMAS DE TIPO DE MANGEM REVISTAS**
 Sim Não Não se Aplica

**SACARIA, G. S.
Enfermeira**

Assinatura: _____

Data: 18/07/2006

Assinatura: _____



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

MGR

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

Priscila Mies Cunha, 73 Cognac 140

DIAGNÓSTICO

FT CTS. Cefaloxin 10

ALÉRGIAS

IAS

UM2

IDADE

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS
- 3 CEFALOTINA 1G LV 6/6H
- 4 SF FALTAR DIA 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G FV 12/12H
- 5 TINNOXICAM 10MG FV 1X/DIA
- 6 DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H
- 7 TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU IP 1P VO DE 8/8h SN
- 8 PI ASIL 10 mg FV 8/8h (S/N)
- 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H
- 10 CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHg
- 11 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)
- 12 CURATIVO DIÁRIO
- 13 SSW + COGG 6/6 H

6 Enxurrada 140 g ev 14/14m

14

15

16

17

18

19

20

SE DIARÉTICO CORRER COM INSULINA REGULAR (SL); CONFORME
ESQULMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI;
MUD: 10UI E OU GLICOSE < 60 DE/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR
PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

6 H

12 H

18 H

24 H

MÉDICO RESOLVENTE EM
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 mosquita carvalho		
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de úmero a direita		
ALERGIAS	nega	HAS	nega
IDADE	41	LEITO	118-5
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2 X	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas		
5 X	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 X	ceftriaxona 1g 12/12 ev		
10 X	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo		
11			
12			
13			
14			
15			
16			
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: <u>10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR</u> PLANTONISTA			
<u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> 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 úmero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopédico.

Dr. Pablo C. Echenique Jr.
 DOUTOR
 CRM-RR 1002

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	146X99	73		36,1°C		
12 H	130X80	60	23	36,1°C		
18 H	110X70	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 úmero a direita		
ALERGIAS	nega	HAS	nega
IDADE	41	LEITO	118-5
ITEM	PREScrição		
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 0,8% 250 ML EV 6/6 HORAS sn		
7	SSVY+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 QU GLUCOSE ≤ 60 DL/ML, GLUCOSE 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 úmero a direita com fixador externo em seguimento ortopédico.

DATA: 07/11/17

HORA: 04:35
 IDADE: 41

Dr. André C. Echenique Jr.
 Médico
 CRM-RR 1908

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	130/80	80	-	36		
12 H	130/80	74	-	35,8		
18 H	120/80	72	-	36,7		
24 H	123/80	56	48	36,8		



NAME: Paulo Henrique Taddei
AGE: 11 REGISTRO: _____
SEX: M ENFERMARIA: 118 LEITO: 1
DE: 25/06/03 PARA: Paulo Henrique
Dados Clínicos:

Paulo Henrique Taddei

11/7
Data

CRM-MR 1996
Ano 2003

Assinatura Médico 10

*Re: paciente cabedalgues
Pac 1104800-11
Fam 80001-1
Res. 21-11-03
Eduardo Henrique Taddei
nascido dia 28/06/03
Paulo Henrique Taddei*

8/11/03
Data

Médico



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



DATA DE ADMISSÃO		DH	DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho			
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de úmero a direita			
ALERGIAS	nega	IHAS	nega	DM
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA 08/11/2017
ITEM	PRÉSCRICAO			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	ceftraxona 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 ≤ 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 úmero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

*Dr. Pablo C. Rebezinho
Médico
CRM-RR 361319*

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Rosilene Garcia P. Mendes Técnica de Enfermagem COREN-RR 361319 - ALM
6 H	120/80	68	—	37°C	
12 H	150/80	85		36.2°C	
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	paula mesquita carvalho			
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de úmero a direita			
ALERGIAS	nega	HAS	nega	
IDADE	41	LEITO	118-5	
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				

**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 ≤ 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 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 úmero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

Dr. Fabio C. Ribeiro Jr.
 CRM-Roraima 1003
 CRB-10 1003

SINAIS VITAIS	PA	P脉	FC	TEMP		
6 H	150x70		73	35.7		
12 H	100x69		69	34.6		
18 H						
24 H	140x70	75	65	36.1		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	paulo mosquita carvalho		
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de úmero a direita		
ALERGIAS	nega	HAS	nega
IDADE	41	LEITO	118-5
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		08:00
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas		08:00 12:00 16:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS		11:00 16:00
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn		08:00
7	SSVV+COGG 6/6 horas		12:00 16:00
8	CURATIVO DIARIO		08:00
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev		08:00 16:00
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo		08:00 12:00 16:00
11			08:00
12			12:00
13			16:00
14			
15			
16			
<p>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 ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAO > 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 úmero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopédico.

~~CRONOGRAMA~~

SINAIS VITAIS	PA	RR	FR	TEMP	
6 H	150/80 69			36,9°C	
12 H	120/80 71			36°	
18 H	120X90 88	—		36,4°C	
24 H	120/80 67	16		37°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 úmero a direita			
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA 11/11/2017
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			06:00
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas			06:00
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS			06:00
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS ev			06:00
7	SSVV+CCGG 6/6 horas			06:00
8	CURATIVO DIARIO			01
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev			01
(10)	clindamicina 600 mg 8/8 horas vo			01
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 ≤ 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 úmero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

12h item 10 não administrado, pux ferida
 não havia liberado muito material tecidual

Gabinete da Clínica
 Unidade de Emergência
 CRM-E-296772

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	100/70	70	22	36,6°C		
12 H	130/70	77		36,7°C		
18 H						
24 H	110/80	69	23	36,4		

07h-10h. Pde olhar, orientada em tempo e espaço, calma, answered verbalmente, em reação no 10. Refrig. bax. não fala e alimentar, elemento das psicofisiologias presentes. Realizado AVP em M.S.E, cl. 1º de 02 a 22. Socorrido Adm. C. Liceu



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

peusa mesquita carvalho

DIAGNÓSTICO

fratura exposta de úmero a direita

ALERGIAS

nega

HAS

nega

DM

nega

IDADE

41

LEITO

118-5

DATA

12/11/2017

ITEM

PREScriÇÃO

HORARIO

1 DIETA ORAL LIVRE

SAU

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

12/11/2017

5 DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS

14-22/00

6 TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS s/n

7 SSVV+COCGG 6/6 horas

14-22/00

8 CURATIVO DIARIO

M

9 ceftriaxona 1g 12/12 ev

10-22/00

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas vo

14-22/00

11 *Perrox 40 mg 1 x dia dia 22*

16/11

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;
**30UI E OU GLUCOSE ≤ 60 DL/ML, GLUCOSE 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 SUPRACLÁUDOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de úmero, paciente foi submetida a
 tratamento de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopédico.

DR. JOSÉ VILASQUES
 16/11/2017

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	120/80	64	30			
12 H	155/84	77	20	36,4°C		
18 H	148/79	77	20	36,1		
24 H	110/70	66	30			

18h Paciente orientado com intubação, intubado
 frante medicos e familiares visitas s/gabinete.

Agendado dia 20/11/2017
 Téc de Enfermagem
 CONSULTA 09:30-12:30



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 úmero a direita

ALERGIAS nega

HAS

nega

DM

nega

IDADE 41

LEITO

118-6

DATA

13/11/2017

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 FRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/8 HORAS sr.

7 SSVV+CCGG 6/6 horas

8 CURATIVO DIARIO

9 cotriaxona 1g 12/12 ev

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas vd

11 Tabelas 40 -- g (EV) 8/8 h

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 ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR

PLANTONISTA

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

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

D. Paula Mesquita Carvalho
CRM-RR 1553

	PA	FC	FR	TEMP			
SINAIS VITAIS							
6 H	143x76	67	-	36,3			
12 H							
18 H	140x80	58	22	37,4			
24 H	140x90	78	15	36,3			

12h P.c-T Higienizado, sem GUAX. e
no momento P.A 120x80 F.c. 80
FR 18 Tax. 36,5 Isaquei Lima Silveira
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 27646-TE



**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 úmero 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 SSWV+CCGG 6/6 horas

8 CURATIVO DIARIO

9 ceftriaxona 1g 12/12 ev

10 clindamicina 600 mg 6/6 horas iv

11

12

13

14

15

16

1-SE DIABÉTIQ CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E QU GLICOSE ≤ 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. AFEIR 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 úmero. paciente foi submetida a tomografia de fratura exposta com fixador externo em seguimento ortopédico.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	119/80	64	-	36,5°C		
12 H	114/81	64	-	36,6°C	Raílly Marinho Filho Assistente Enfermeiro 00000000000000000000	
18 H	120/80	80	-			
24 H	150/70	72	24	37,1°C		



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PRAGIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta do úmero à direita				
ALERGIAS:	nega	HAS	nega	DM	nega
EDADE:	41	LEITO	118-5	DATA	15/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1.	DIETÁRIO LIVRE				
2.	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				
3.	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS				
4.	TRAMÁL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				
5.	SSV+CCGG 6/6 horas				
6.	CURATIVO DIARIO				
7.	ceftilaxona 1g 12/12 ev				
8.	clindamicina 800 mg 6/6 horas vo				
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
39.					
40.					
41.					
42.					
43.					
44.					
45.					
46.					
47.					
48.					
49.					
50.					
51.					
52.					
53.					
54.					
55.					
56.					
57.					
58.					
59.					
60.					
61.					
62.					
63.					
64.					
65.					
66.					
67.					
68.					
69.					
70.					
71.					
72.					
73.					
74.					
75.					
76.					
77.					
78.					
79.					
80.					
81.					
82.					
83.					
84.					
85.					
86.					
87.					
88.					
89.					
90.					
91.					
92.					
93.					
94.					
95.					
96.					
97.					
98.					
99.					
100.					
101.					
102.					
103.					
104.					
105.					
106.					
107.					
108.					
109.					
110.					
111.					
112.					
113.					
114.					
115.					
116.					
117.					
118.					
119.					
120.					
121.					
122.					
123.					
124.					
125.					
126.					
127.					
128.					
129.					
130.					
131.					
132.					
133.					
134.					
135.					
136.					
137.					
138.					
139.					
140.					
141.					
142.					
143.					
144.					
145.					
146.					
147.					
148.					
149.					
150.					
151.					
152.					
153.					
154.					
155.					
156.					
157.					
158.					
159.					
160.					
161.					
162.					
163.					
164.					
165.					
166.					
167.					
168.					
169.					
170.					
171.					
172.					
173.					
174.					
175.					
176.					
177.					
178.					
179.					
180.					
181.					
182.					
183.					
184.					
185.					
186.					
187.					
188.					
189.					
190.					
191.					
192.					
193.					
194.					
195.					
196.					
197.					

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE
2 - CNPJ
3 - NOME DO DIRETOR/BOLETO DO BANCO EXECUANTE

2 - CNPJs
3 - CNPJs

4 - PÚBLICO PRINCIPAL

DENSAPOA DO PACIENTE
5 - NOME DO PACIENTE

Ronaldo

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - IDADE

10 - NÚMERO DA PLACA DO VEÍCULO

11 - TEL. FONE/TELEFONE

12 - NOBRE (O) S/UF, 2º (ANEXO)

13 - CEP, LOG. MUNICÍPIO, - IS-UF

14 - CID

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

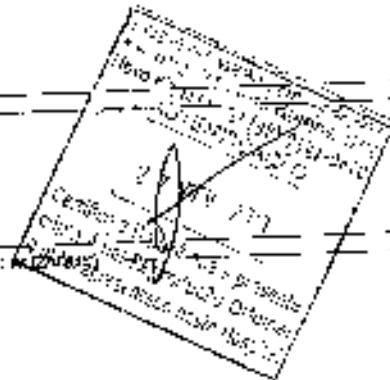
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

*pele clara X 3 medias clássicas
vermelho ① sob febre*

18 - CONDIÇÕES SOCIAIS PARA A INTERNAÇÃO

curvado



19 - PRINCIPAIS RESUMIDAS DAS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICAS (ICD-10) DE EXAMES:

CR + 974

20 - OBTIDA PRINCIPAL - 21 - PRINCIPAL

22 - PRINCIPAL PROFISSIONAL SOLICITANTE

23 - DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25 - DOCUMENTO

26 - CNPJ

27 - NATUREZA PROFISSIONAL

28 - NATUREZA PROFISSIONAL

29 - NATUREZA PROFISSIONAL

30 - NATUREZA PROFISSIONAL

31 - NATUREZA PROFISSIONAL

32 - NATUREZA PROFISSIONAL

33 - NATUREZA PROFISSIONAL

34 - NATUREZA PROFISSIONAL

35 - NATUREZA PROFISSIONAL

36 - NATUREZA PROFISSIONAL

37 - NATUREZA PROFISSIONAL

38 - NATUREZA PROFISSIONAL

39 - NATUREZA PROFISSIONAL

40 - NATUREZA PROFISSIONAL

41 - NATUREZA PROFISSIONAL

42 - NATUREZA PROFISSIONAL

43 - NATUREZA PROFISSIONAL

44 - NATUREZA PROFISSIONAL

45 - NATUREZA PROFISSIONAL

46 - NATUREZA PROFISSIONAL

47 - NATUREZA PROFISSIONAL

PRÉ-PROCEDIMENTO SOLICITADO

48 - NATUREZA PROFISSIONAL

49 - NATUREZA PROFISSIONAL

50 - NATUREZA PROFISSIONAL

51 - NATUREZA PROFISSIONAL

52 - NATUREZA PROFISSIONAL

53 - NATUREZA PROFISSIONAL

54 - NATUREZA PROFISSIONAL

55 - NATUREZA PROFISSIONAL

56 - NATUREZA PROFISSIONAL

57 - NATUREZA PROFISSIONAL

58 - NATUREZA PROFISSIONAL

59 - NATUREZA PROFISSIONAL

60 - NATUREZA PROFISSIONAL

61 - NATUREZA PROFISSIONAL

62 - NATUREZA PROFISSIONAL

63 - NATUREZA PROFISSIONAL

64 - NATUREZA PROFISSIONAL

65 - NATUREZA PROFISSIONAL

66 - NATUREZA PROFISSIONAL

67 - NATUREZA PROFISSIONAL

68 - NATUREZA PROFISSIONAL

69 - NATUREZA PROFISSIONAL

70 - NATUREZA PROFISSIONAL

71 - NATUREZA PROFISSIONAL

AUTORIZAÇÃO

72 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

73 - NATUREZA DA AUTORIZAÇÃO

telefonar 0468030013

0468020393 → 55

0468060360 → 7847

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SORTEANTE

2 - CÓD.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CÓD.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - NÚMERO FRENTE/TRÍGONO

Paulo

mesma

7 - NÍVEL

7 - CLASSE SOCIOECONÔMICA DE SAÚDE (CSES)

10 - NOME DA PESSOA OU EQUIPO RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NÍVEL

12 - ENDERECO (RUA, N°, DENDRO)

14 - MÍSCONE EXTERNO

13 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IRM. MUNICÍPIO

16 - CÓD.

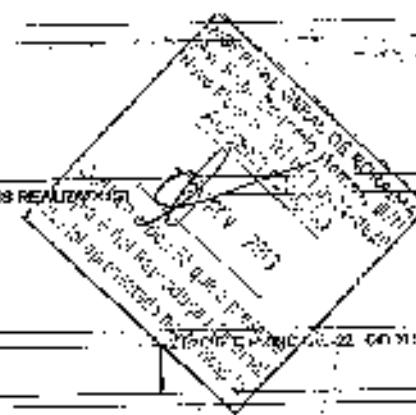
17 - VITIMA/OUTROS SINTOMAS/INDES

JUSTIFICATIVA DA REFERMAÇÃO

pet e / paciente claudia
sob re

18 - JUSTIFICATIVA DA REFERMAÇÃO

confia



19 - PRINCIPAIS ESPECIAIS DE PACTOS DIAGNÓSTICOS E SUELOS DE EXAMES REALIZADOS

EFA 94.

20 - NOME DO ENFERMEIRO

paciente claudia (c)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO/CHAMADA/ORDENHOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA 27 - UNIDADE DE ATENDIMENTO 28 - INSCRIÇÃO

1 - JORNAL

1 - JORNAL

29 - DOCUMENTO CONCEDIDO PROFISSIONAL DOLAMENTANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - FIRMATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

45 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

50 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

56 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

58 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

60 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

62 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

64 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

66 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

68 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

70 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

72 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

74 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

76 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

80 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

82 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

84 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

86 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

88 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

90 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

92 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

94 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

96 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

98 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

100 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

101 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

102 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

103 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

104 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

105 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

106 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

107 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

108 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

109 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

110 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

111 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

112 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

113 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

114 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

115 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

116 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

117 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

118 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

119 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

120 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

121 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

122 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

123 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

124 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

125 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

126 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

127 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

128 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

129 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

130 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

131 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

132 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

133 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

134 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

135 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

136 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

137 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

138 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

139 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

140 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

141 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

142 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

143 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

144 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

145 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

146 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

147 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

148 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

149 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

150 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

151 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

152 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

153 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

154 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

155 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

156 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

157 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

158 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

159 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

160 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

161 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

162 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

163 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

164 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

165 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

166 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

167 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

168 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

169 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

170 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

171 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

172 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

173 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

174 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

175 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

176 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

177 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

178 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

179 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

180 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

181 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

182 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

183 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

184 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

185 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

186 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

187 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

188 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

189 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

190 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

191 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

192 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

193 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

194 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

195 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

196 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

197 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

198 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

199 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

200 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

201 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

202 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

203 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

204 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

205 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

206 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

207 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

208 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

209 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

210 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

211 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

212 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

213 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

214 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

215 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

216 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

217 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

218 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

219 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

220 - NOME DO PRO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLHÃO OPERATÓRIO

BOLHÃO OPERATÓRIO

Doutor Ilderson

Data 16/11/17

es.

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Erotom do cíngulo

INDICAÇÃO TERAPEUTICA:

to corrige

retirada de fixação

MEDICAÇÕES E ACCIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIA: Patrick Rabelo 1º AUXILIAR: J. L. da S. S.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTA:

Prova Th. D

AIR SIT SPOT X

INÍCIO:

H:

DURAÇÃO:

Dr. Ilderson R. S. S.
Médico Especialista
Traumatologista Ortopedista
CRM 1755

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① feita a DSK sob anest.

② levou o Antissept.

③ retirada da fixação el.

④ limpeza

⑤ cura

Patrick Rabelo José
Doutor em Traumatologia
CRM 1755 RG 164
Circunferência do Peito



GOVERNADOR MUNICÍPIO DE RONCONDE
ESTADO: PARANÁ - BRASIL

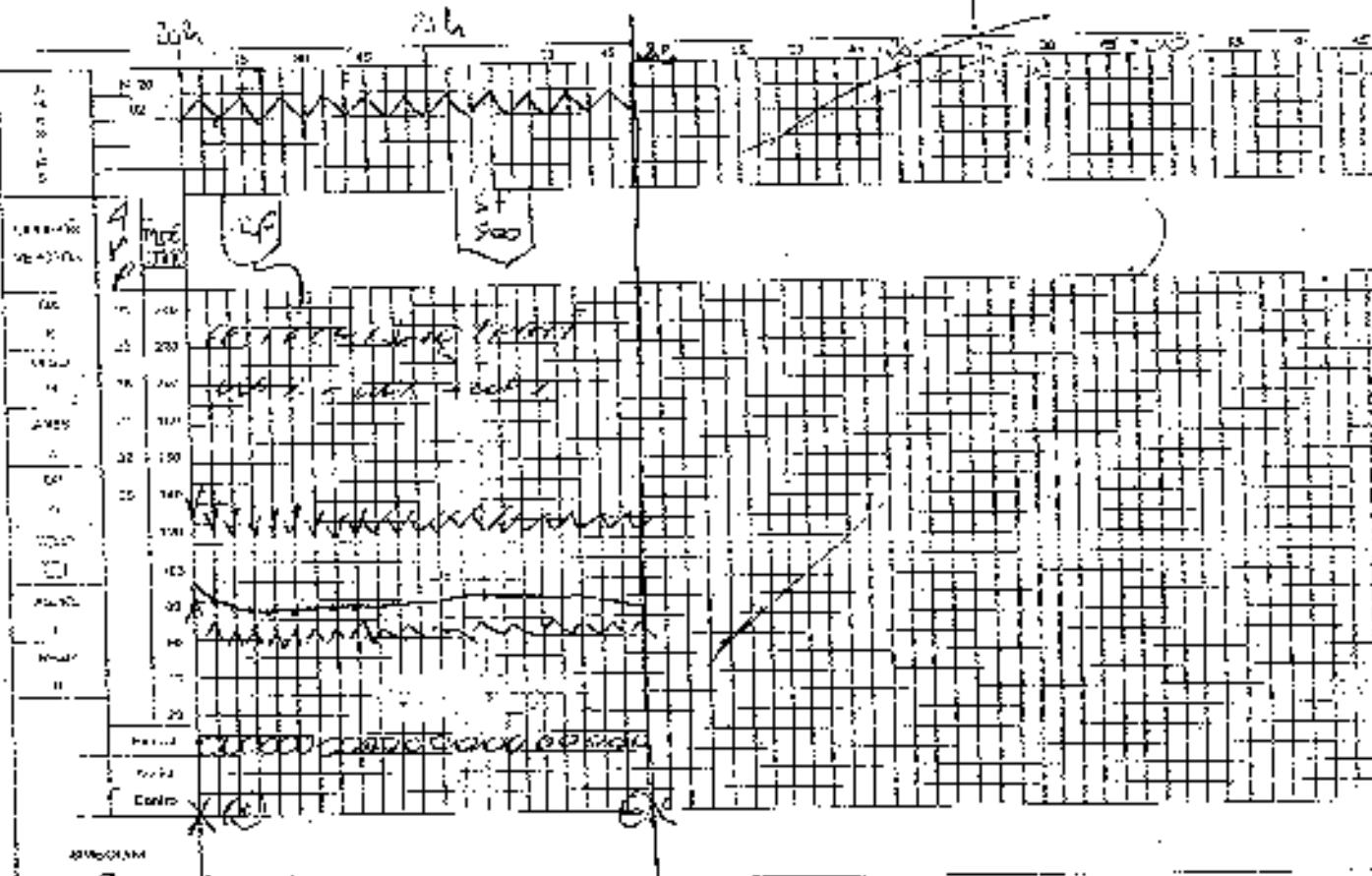
ORTOPEDICO / ELITUR

Quala Mequita Carneiro

FECHA DE ANESTESIA

16/11/17

PRÉ-OPERATÓRIO - DROGA: INHALACAO ETANO



ANESTESIA

Local	10%	10%	Pré-gasos de 10%
1. Etomidato	0,3mg	longo-	longo
2. Ketamina	0,5mg	gavetas	gavetas
3. Fentanyl	0,01	0,01	0,01
4. Sufentanil	0,01	0,01	0,01
5. Dexametasona	10	10	10
6. Imidazolam	100	100	100
7. Fentanyl	0,01	0,01	0,01
8. Ketamina	0,5mg	gavetas	gavetas
9. Fentanyl	0,01	0,01	0,01
10. Dexametasona	10	10	10
11. Imidazolam	100	100	100

- anestesia
- infusões
- gavetas
- gavetas
- - - - -
- - - - -
- - - - -

✓ GFTA

✓ GFTA
- - - - -

Osteosíntese Cefálio (D)

Dr. Lemos

Dr. Padre

Lançamento

Dr. Lemos (E) Dr. Padre (E)

Dr. Padre (E)

Bruno Theodoro C. Photo
MÉDICO
CRM/PR 111

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO
ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÃO

Ronaldo de Souza
Assessor Técnico da Anestesia

CONFIRMAÇÃO DE IDENTIDADE

PACIENTE CONFIRMADO

Não é identificado

São Citados

Características: () Sim () Não

Identificação de paciente

() Não se aplica

ALTO DEMARCAÇÃO

QUEL: () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA

CONFIRMADA

EXAMENHO DURANTE NO PACIENTE EM
TRATAMENTO

CONFIRMAÇÃO DE PACIENTE POSSUI

IDENTIGIA CORRECOLA

QUEL: () Sim, Qual:

NA AÇÃO DIFERENCIADA DE ASPIRAÇÃO

QUEL: () Sim, Qual:

NA AÇÃO DIFERENCIADA DE ASPIRAÇÃO

QUEL: () Sim, Qual:

USO DE PESSOA SANOLÍNEA > 300 ml

QUEL: () Sim, o acionamento de desfletor é feito por:

Porta: () Sim () Não

Desfletor: () Sim () Não

Respirador: () Sim () Não

CONFIRMAÇÃO DE EQUIPAMENTO

EQUIPE SE ASENTARÁ PELO NOME E
FNCÇÃO () Sim () Não

CONFIRMAÇÃO ANESTÉSICO LISTA DE ENFERMEIRO

CONFIRMAÇÃO VERBALMENTE

Identificação de cirurgião

() Não se Aplica

PROBLEMA

EVITAR SE COLOCAR EQUIPAMENTOS

REVISÃO DO CIRURGIO

QUEL: () Sim, se não se aplica, é motivo de
apreensão e perda sanguínea é viável

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Não, preocupaçoão específica em paciente

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Sim, se não se aplica

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Sim, se não se aplica

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Sim, se não se aplica

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Sim, se não se aplica

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Sim, se não se aplica

REVISÃO DA EQUIPAMENTOS ANESTÉSICA

QUEL: () Sim, se não se aplica

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM
OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM
VERBAMENTE COM A EQUIPE

CRONOGRAMA PROCEDIMENTIC
REALIZADO

QUEL: () Não

SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS CONFEREMAS E ACULFAIS
ESTÃO CORRETAS

QUEL: () Sim () Não

COMO A CONSISTÊNCIA ANATOMO-
PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA,

INCLUINDO O NOME DO PACIENTE

QUEL: () Sim () Não () Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

QUEL: () Sim () Não

O CIRURGIANO, O ANESTÉSICO, STAFF E
EQUIPE DE ENFERMAGEM SUBVISADA
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE

QUEL: () Sim () Não se Aplica

POSSUI () SIM () NÃO

AS IMAGENS DESENVOLVIDAS ESTÃO DIVERSAS,

QUEL: () Sim () Não

AS IMAGENS DESENVOLVIDAS ESTÃO DIVERSAS,

QUEL: () Sim () Não

AS IMAGENS DESENVOLVIDAS ESTÃO DIVERSAS,

QUEL: () Sim () Não

AS IMAGENS DESENVOLVIDAS ESTÃO DIVERSAS,

QUEL: () Sim () Não

AS IMAGENS DESENVOLVIDAS ESTÃO DIVERSAS,

QUEL: () Sim () Não



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE	pedro mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta do úmero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	16/11/2017
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	ceftriaxone 1g 12/12 ev				
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				Diariamente
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>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 ≤ 60 DL/ML, GLICOSÍ 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAU > 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 úmero .paciente foi submetida a
 tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H	100/80	72		36,3°C		
18 H	100/70	77				
24 H	100/60	75				

Horário de Saida: 10h VRS: Faz LA 100 trocando 8 gelzol por colodeno m/

Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 050-451 072

SE fizer I terminar na 10h am

Horário de Saida: 10h
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 050-451 072



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 úmero a direita		
ALERGIAS	nega	HAS	nega
IDADE	41	LEITO	118-5
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas		
5	DIPIRONA 1G EV 9/6 HORAS		
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS s/n		
7	SSVW+CCGG 6/6 horas		
8	CURATIVO DIARIO		
9	cafrilaxona 1g 12/12 ev		
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas va		
11	<i>Captoril 25 mg pa 160</i>		
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 ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR
 PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA > 160 E OU
 PAU > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA
 ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MEDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evoluí com fratura exposta de úmero . paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo. em seguimento ortopédico.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	136x94	90		36,2		
12 H						
18 H	159x110	134		36,1		
24 H	130x90	96				

PA - 120x80

FC - 94

T - 36°

Márcia Araújo
 Enfermeira
 2016034032

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	padre mesquita carvalho				
----------	-------------------------	--	--	--	--

D/AGNOSTICO	fratura exposta de úmero a direita				
-------------	------------------------------------	--	--	--	--

ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	18/11/2017

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	su
2	SF 0,9% 600 ML EV 6/6 horas	24/11/2017 24/11/2017
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS	24/11/2017 24/11/2017
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn	su
7	SSVV+CCGG 6/6 horas	gostar mais
8	CURATIVO DIARIO	curativo
9	cetiloxona 1g 12/12 ev	12/12/2017
10	clindam/cina 600 mg 6/6 horas vo	12/12/2017
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 QUÍ GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSC 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PA5 > 150 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SF MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente relatou acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de úmero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopédico.

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	120x80	90	17	36,4	
12 H	124x84	92	-	36,5	21/11/2017
18 H	124x73	62	-	36	20/11/2017
24 H	130x70	94	-	36,6	

06h PCT Sono 8v1x0
no momento b66

Isaquelet Lopes Silveira
Técnico de Enfermagem
CRM-RR 1908

Dr. Pedro C. Schettino
Médico
CRM-RR 1908



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Paula masquita carvalho		
DIAGNÓSTICO	fratura exposta do úmero à direita		
ALERGIAS	nega	HAS	nega
IDADE	41	LEITO	118-5
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS		
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS s/n		
7	SSVV+CCGG 6/6 horas		
8	CURATIVO DIARIO		
9	ceftriaxona 1g 12/12 horas av		
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: ZUI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400:8UI; >400:

10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV = AVISAR PLANTONISTA

2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU

PA > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE RECEBE ALTA DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA APÓS TTO DE OSTEOSÍTESE 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 ORTOPEDIGA

Dr. Pedro L. Andrade Jr.
Médico
CRM-RR 1908

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H						
12 H	110x60	84		96,1°C		
18 H						
24 H						

D



PAULA MESQUITA CARVALHO,

R.000 / 1161

17/11/2017 08:14:40

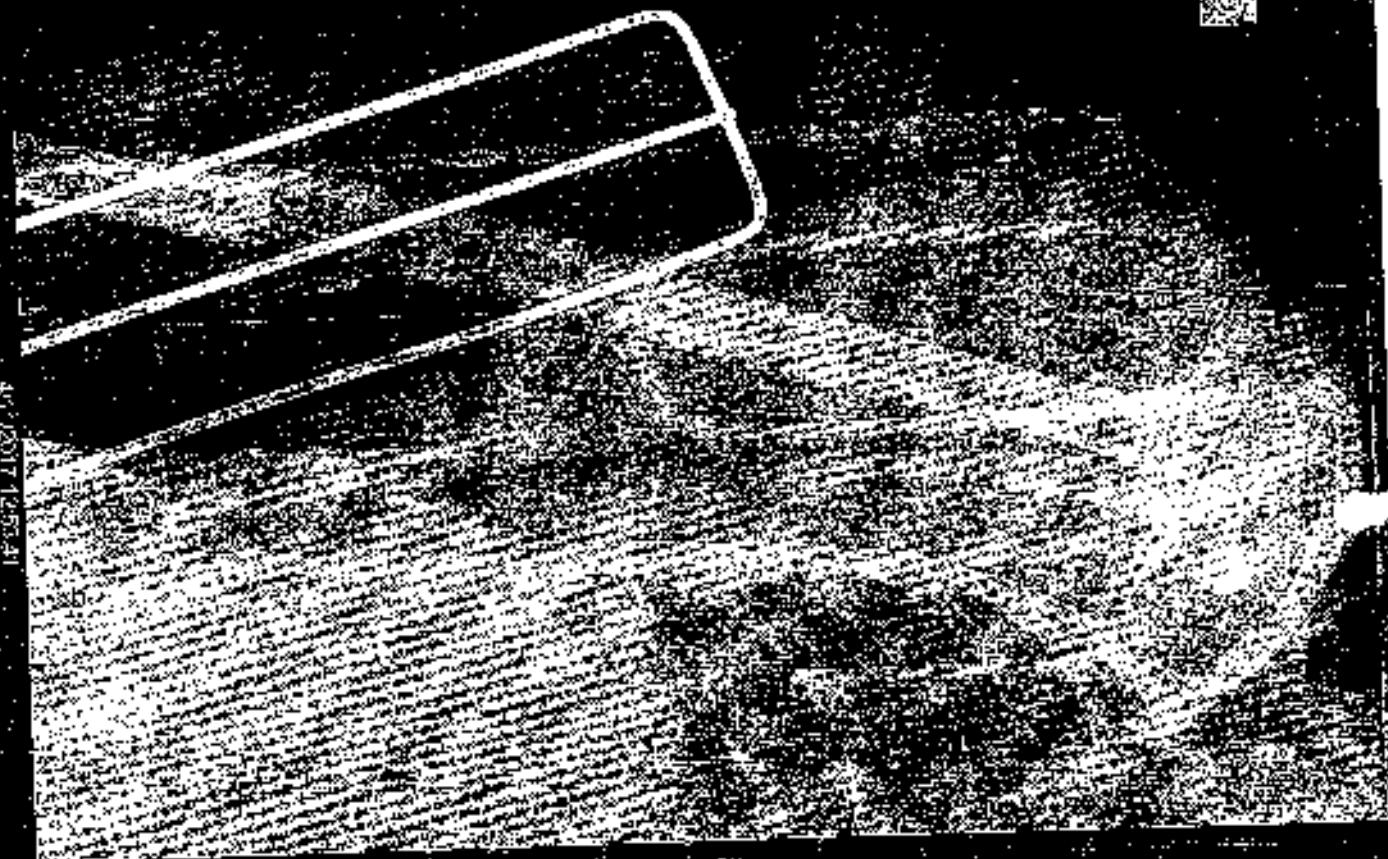
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

18.

53.7%

40,7 %

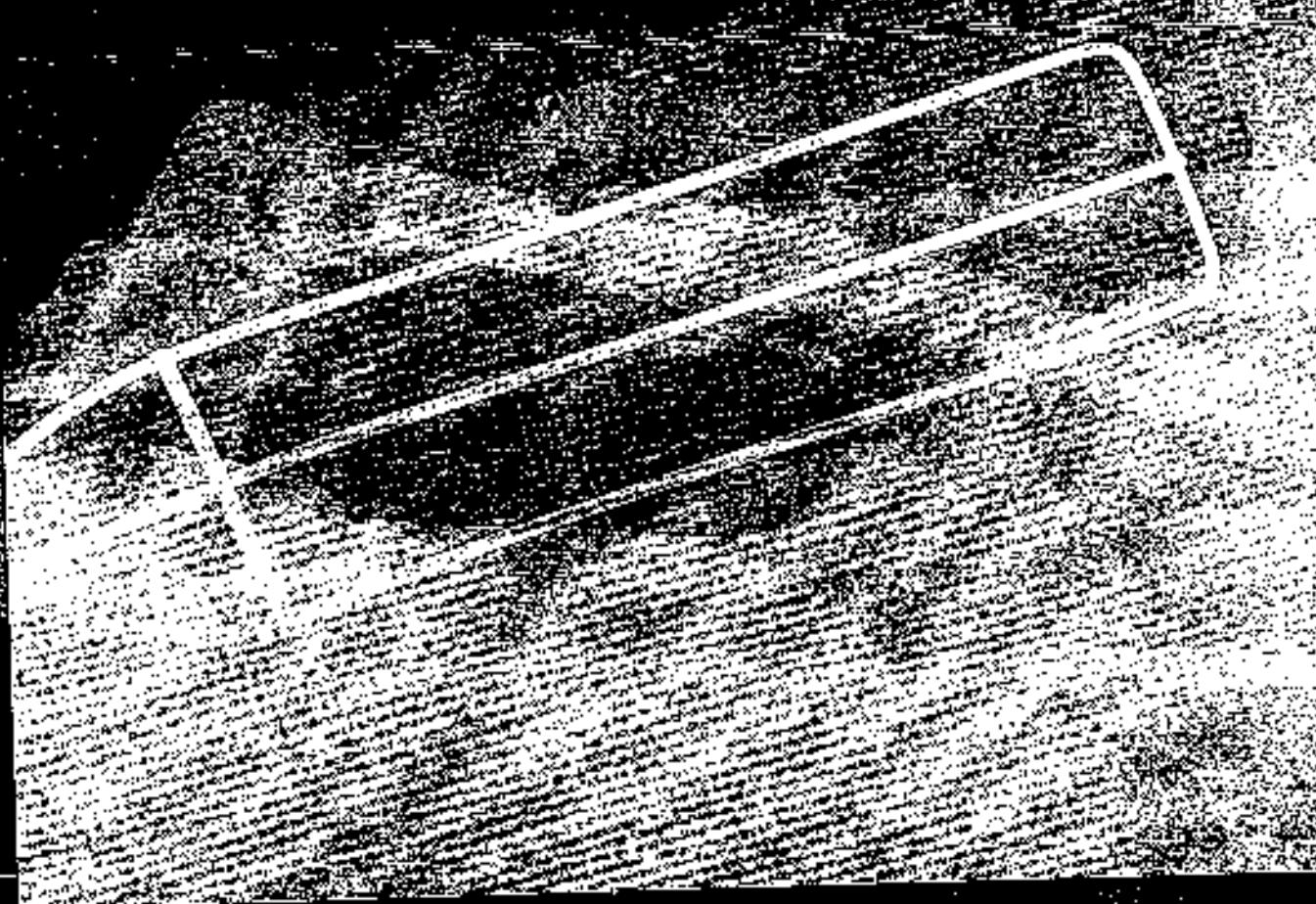
RAU LA MESQUITA CARVALHO



40,7 %

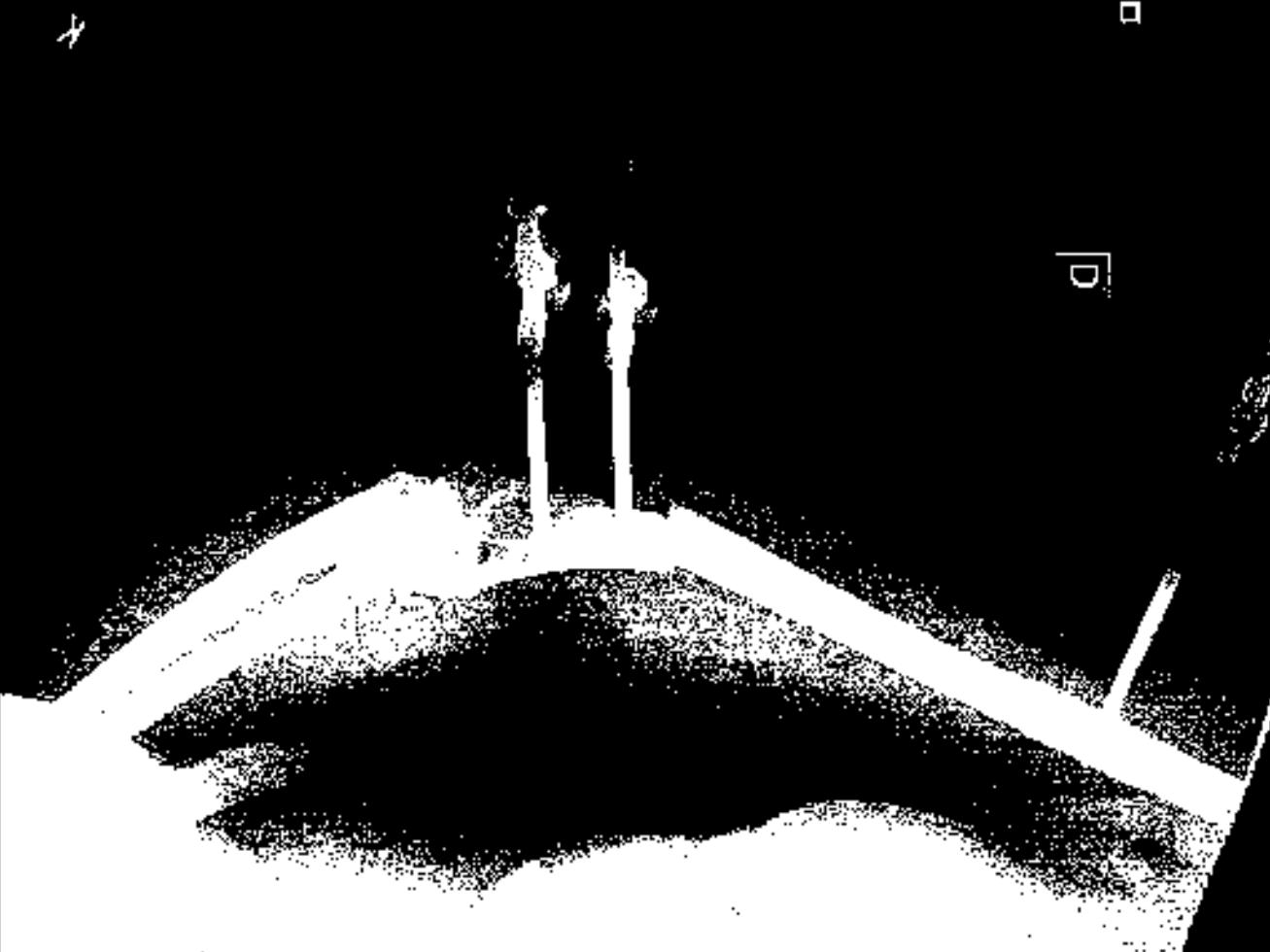
RAU LA

40,7 %



□

D



D

47.5 %

13/11/2017 10:36:40

40.7%

, 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

NOME: PAULA MESQUITA CARVALHO

LOC. DE NASC.: MANAUS - AM
FILIAÇÃO: WALDECI MESQUITA CARVALHO
17/05/1976
NASCIMENTO

DOC. APRESENTADO: R.G. 132093 SESP RR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI MPRGS, DE 01 DE ANO DE 1995
RG 132093

CPF: 591.157.852-20

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

José Antônio de Souza

Vice-presidente

Assinatura do Titular

126610-Hcm

CONTRAN		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		MINISTÉRIO DAS CIÉDADES		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
DETAN - RR		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013746555360		SEGUNDO OBRIGATÓRIO DE DANOS, SESS JAVASCALUSADOS PRAVEICULOS TOMOTOR, SUEDE, TERRESTRE, OPORTUWAKA, ALFESSOR TRANSPORTADAS, NACREGOLO DPVAT	
VIA 01	COD. RENAVAM 00886814782	UNTRC	EEXERCÍCIO 2018	Nº CHASSI 9E2JC30706R900037	PLACA NA00866	PLACA NA00866	BILHETE DE SEGURO DPVAT
TALITA ELAINE ALBUQUERQUE		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradorauder.com.br		RR Nº 013746555360		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
956.216.102-10		956.216.102-10		09/04/2018		09/04/2018	
PLACA ANT/UF		ESPECIE TIPO		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
PAS/MOTOCICLETA/MO APLIC.		GASOLINA		2018		09/04/2018	
HONDA/CG 125 FAN		COMBUSTIVEL		09/04/2018		09/04/2018	
CAT/ESP/PLA		ANO FAB.		DEV/CNPJ		DATA EMISSÃO	
2P/0124CC/		ANO FAB.		2018		09/04/2018	
PARTICU		ANO FAB.		2018		09/04/2018	
PRETA		ANO FAB.		2018		09/04/2018	
1º ISENTO		ANO FAB.		2018		09/04/2018	
2º ISENTO		ANO FAB.		2018		09/04/2018	
3º ISENTO		ANO FAB.		2018		09/04/2018	
PRÉMIO TARIFÁRIO		PRÉMIO TARIFÁRIO		PRÉMIO TARIFÁRIO		PRÉMIO TARIFÁRIO	
R\$0.7		R\$185,5		R\$1.29		R\$1.29	
DIFERENÇA		PREMIO TOTAL (R\$)		DEVAIR (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$0.7		R\$185,5		R\$0.3		R\$90,33	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		DIF (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAIS SER PAGO SEM BILHETO (R\$)	
R\$4,15		R\$0,7		R\$0,7		R\$185,5	
KOTA ÚNICA		PAGAMENTO		PAGAMENTO		DATA DE QUITACAO	
PRÉMIO PRATICADO		PAGAMENTO		PAGAMENTO		DATA DE QUITACAO	
SEM RESERVA DE DIREITO *		PROIB SAIR AMAZ		PROIB SAIR AMAZ		PROIB SAIR AMAZ	
OCIO LETI LAZ DEZ 2018		LOTE 226		LOTE 226		LOTE 226	
* PROIBIDO PRATICAR PRESIDENTE BOA VISTA		BOA VISTA		BOA VISTA		BOA VISTA	
BOA VISTA		BOA VISTA		BOA VISTA		BOA VISTA	
CONTRAN		CONTRAN		CONTRAN		CONTRAN	
09/04/2018		09/04/2018		09/04/2018		09/04/2018	
CONTRAN		CONTRAN		CONTRAN		CONTRAN	

SEGURADORA LIDER - D

CNPJ 002.240.449/0001-04

01374655564
• 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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAULA MESQUITA CARVALHO

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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2017

Titular do CPF: PAULA MESQUITA CARVALHO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAULA MESQUITA CARVALHO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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



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:

591157852-20 Paula Mesquita Carvalho

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Paula Mesquita Carvalho

6 - CPF:

591157852-20

7 - Profissão:

Autônoma

8 - Endereço:

R. Barnabé Antônio de Lima

9 - Número:

1215

11 - Bairro:

Chorada

12 - Cidade:

Bon Vista

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69.317-231

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(95) 9129-3053

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 5780 CONTA: 25.336 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

(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 atende 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)

40 - Local e Data,

Bon Vista, 11/11/19
Paula Mesquita C.

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 Policia: 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: atalide 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

EN VOLVIDO(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: alvorada
Telefone: (95) 99129-8043 (Celular)

Nome Civil: ELISÂNGELA PEREIRA ALVES (EN VOLVIDO)

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) EN VOLVIDO(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 Alaine Albuquerque, que foram atingidas por um veículo que atravessou a avenida vindo da Rua Grão Mestre Cláudio Barbosa de Araújo, com a queda a comunicante teve uma fratura



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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
(Vitima / Comunicante)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número do PEI:

3 - CPF da vítima:

591.157.852-20

4 - Nome completo da vítima:

Paulo Marquesita Covralla

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Paulo Marquesita Covralla

6 - CPF:

591.157.852-20

7 - Profissão:

8 - Cidade:

8 - Cidade:

9 - Estado:

9 - Estado:

10 - Complemento:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

12 - Cidade:

13 - Estado:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - Email:

15 - Email:

16 - Tel.(DDD):

(45) 99129-3043

17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI), TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS QUE NÃO POSSUAZ COM CURAJOUS

18 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, já que todas as fins de direito, residir no endereço acima informado, conferir e comprovar de encontro (ANEXAR COPIAS).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO INDENIZADO

REPRESENTANTE LEGAL (TUTELA/CURADOR) INDENIZADO (PAIS, CURADORES, TUTORES)

 CONTA POUPLANCA (Salvo para os bens de família. Assinatura em cima) CONTA CORRENTE (digite os valores) Bradesco (287) Itau (343) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 5480

CONTA: 25.336

(Incluir o dígito de verificação)

(Incluir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider a efetuar tal transferência para a conta bancária informada, de minha titularidade, e valor da Indenização/Reimpressão ou Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e aceitando, desde já e sempre, de upão a ativação do crédito, quaisquer tipos de valor restituído.

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 ou laudo médico legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 9.314/76), uma vez que:

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

Se não o prosseguir, faço a declaração de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 8º da Lei nº 9.314/76.

Declaro que este formulário não significa que já tenha feito a avaliação médica ou renunciado ao direito de contratar a avaliação médica, mas discordo da sua realização.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

 Solteiro Casado (já Civil) Divorciado Separado/Antecipado Viúvo

24 - Data nasc.

25 - Estado de nascimento:

26 - Vítima deixou comprovante(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou comprovante(s), informar o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Vítima:

 Sim Não

30 - Vítima:

 Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

32 - Vítima:

 Sim Não

33 - Vítima:

 Sim Não

34 - Vítima:

 Sim Não

35 - Vítima:

 Sim Não

36 - Vítima:

 Sim Não

37 - Vítima:

 Sim Não

38 - Vítima:

 Sim Não

39 - Vítima:

 Sim Não

40 - Vítima:

 Sim Não

41 - Vítima:

 Sim Não

42 - Vítima:

 Sim Não

43 - Vítima:

 Sim Não

44 - Vítima:

 Sim Não

45 - Vítima:

 Sim Não

46 - Vítima:

 Sim Não

47 - Vítima:

 Sim Não

48 - Vítima:

 Sim Não

49 - Vítima:

 Sim Não

50 - Vítima:

 Sim Não

51 - Vítima:

 Sim Não

52 - Vítima:

 Sim Não

53 - Vítima:

 Sim Não

54 - Vítima:

 Sim Não

55 - Vítima:

 Sim Não

56 - Vítima:

 Sim Não

57 - Vítima:

 Sim Não

58 - Vítima:

 Sim Não

59 - Vítima:

 Sim Não

60 - Vítima:

 Sim Não

61 - Vítima:

 Sim Não

62 - Vítima:

 Sim Não

63 - Vítima:

 Sim Não

64 - Vítima:

 Sim Não

65 - Vítima:

 Sim Não

66 - Vítima:

 Sim Não

67 - Vítima:

 Sim Não

68 - Vítima:

 Sim Não

69 - Vítima:

 Sim Não

70 - Vítima:

 Sim Não

71 - Vítima:

 Sim Não

72 - Vítima:

 Sim Não

73 - Vítima:

 Sim Não

74 - Vítima:

 Sim Não

75 - Vítima:

 Sim Não

76 - Vítima:

 Sim Não

77 - Vítima:

 Sim Não

78 - Vítima:

 Sim Não

79 - Vítima:

 Sim Não

80 - Vítima:

 Sim Não

81 - Vítima:

 Sim Não

82 - Vítima:

 Sim Não

83 - Vítima:

 Sim Não

84 - Vítima:

 Sim Não

85 - Vítima:

 Sim Não

86 - Vítima:

 Sim Não

87 - Vítima:

 Sim Não

88 - Vítima:

 Sim Não

89 - Vítima:

 Sim Não

90 - Vítima:

 Sim Não

91 - Vítima:

 Sim Não

92 - Vítima:

 Sim Não

93 - Vítima:

 Sim Não

94 - Vítima:

 Sim Não

95 - Vítima:

 Sim Não

96 - Vítima:

 Sim Não

97 - Vítima:

 Sim Não

98 - Vítima:

 Sim Não

99 - Vítima:

 Sim Não

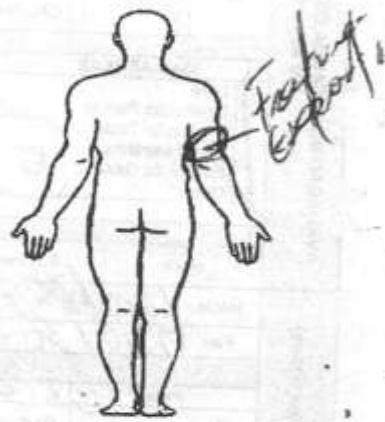
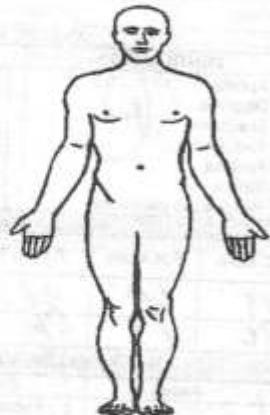
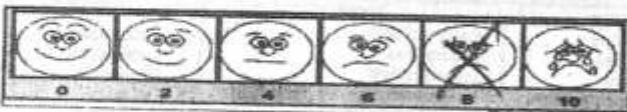
100 - Vítima:

PERTINÊNCIA 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:	
Perda de líquido:	BCF:	
<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão		

toros, compresses, atadura, gases.

1. Abertura Ocular (O):	Esponjánea	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 (decorticacão)	3 pontos
	Extensão (descerebracão)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



Evolução do paciente

74 anos, (M) Puma de Mato - coroa Envolvada
Incubito hospital, apresenta-se traum. Exposta
ao Região do Ómero distal (D) (lado +) 850V
presentados, realizados protocolo de trauma e
cardíaco com imobilização, intubado ao
m. 192 que evoluindo no SAI/HG com
ventilação contínua e SAI no transpor-



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: 85.236.467/0001-42
INSERÇÃO ESTADUAL: 26.000.420-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 11.304-016

ATENDIMENTO CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:
311510

Setembro/2019

Dados do Cliente:

PAULA MESQUITA CHVALHO

Endereço para entrega:

RUA BARNABÉ 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

Ridômetro

Data de Instalação

Situação Água

Situação Esgoto

Y125596635

19/01/2015

CORTADO

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

143

153

10

33

LEITURA INF.

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

Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Anotações Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M.					
ANOTACAO	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAL	E.GOLP
ENTRADA					
SAÍDA					
ANALISES					
CONFORMES					

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 m³ 23,83

ESGOTO

80,0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019

0,47

DATA: 24/09/2019 11:13:52
IMPRESSO EM:

VENCIMENTO:

15/10/2019

TOTAL A PAGAR

43,36

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

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

Via do Cliente



INSCRIÇÃO REFERÊNCIA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

311510 09.2019 15/10/2019 43,36

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

