

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2671123520200320153433

Processo 0807682-29.2020.8.23.0010 ☆ - (10 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Resizes

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Data do Movimento(Período):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Defensor Público

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

à

12 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 12

500 por pág.

1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08076822920208230010

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANDERFESON BARBOSA DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **07/04/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **13/11/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190655361	Cidade: Bonfim	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA	Data do acidente: 07/04/2019	Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 28/11/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA. FRATURA DE 2º E 3º METACARPO DE MÃO ESQUERDA.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO-ANTEBRAÇO / FIOS DE KIRSCHNER-MÃO). ALTA MÉDICA.				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.				
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 MODERADO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
Observações: *PÁG. 5/6. CIRURGIA / PÁG.74/77/78/81. EXAME DE IMAGEM **NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECEER NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A DATA DO ACIDENTE 07/04/2019 E OS DOCUMENTOS MÉDICO ACOSTADOS NAS PÁGINAS 14 A 42 E DE 49 A 72 - DESCONSIDERADOS DA ANÁLISE.				
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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 07/04/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/12/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000073353-1

Nr. da Autenticação 8786461648D16BE8

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a**

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da

inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do expresso no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono SIVIRINO PAULI, inscrito sob o nº 101B/RR, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 13 de março de 2020.

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SIVIRINO PAULI**, inscrito na **101-B - OAB/RR** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANDERFESON BARBOSA DA COSTA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **BOA VISTA**, nos autos do Processo nº 08076822920208230010.

Rio de Janeiro, 13 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/RR 451-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 0118B5409315

VIA 01 COD. RENAVAM 00964256053

ANEXO 2017

BERNARDO DA ROCHA SANTOS

RR

498.882.853-00

03XU0533

PLACA

PLACANT/UF

CHASSI

ESPÉCIE TIPO

GASOLINA

1/HONDA CBK 1000 RR

VERMELHA

2P/0998CC/

CATEGORIA

VERMELHA

1 XPA60X

VENO/COPIAS

1.000.000.000

V ** PAGO COTA ÚNICA **

2.000.000.000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$0,7

R\$185,3

25/05/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

4RR. * Luiz Eduardo Silva de Castilho

Diretor Presidente-Interino

BDA VISTA-RR

25/05/2017

RR Nº 0118B5409315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 25/05/2017

01 498.882.853-00

03XU0533

00024256053

1/HONDA CBK 1000 RR

2009FAB

CHASSI

R\$81,29

R\$9,03

R\$90,33

R\$4,13

R\$0,7

R\$185,3

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

ENCERREDO

25/05/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413954/19

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: ANDERFESON BARBOSA
DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA : 446.951.522-15

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: 25/11/2019

Nome: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655361 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.
FRATURA DE 2º E 3º METACARPO DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO-ANTEBRAÇO / FIOS DE KIRSCHNER-MÃO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DE MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 5/6_CIRURGIA / PÁG.74/77/78/81_EXAME DE IMAGEM
**NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A DATA DO ACIDENTE 07/04/2019 E OS
DOCUMENTOS MÉDICO ACOSTADOS NAS PÁGINAS 14 A 42 E DE 49 A 72 - DESCONSIDERADOS DA ANÁLISE.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655361 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.
FRATURA DE 2º E 3º METACARPO DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO-ANTEBRAÇO / FIOS DE KIRSCHNER-MÃO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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 MODERADO DE MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 5/6_CIRURGIA / PÁG.74/77/78/81_EXAME DE IMAGEM
**NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A DATA DO ACIDENTE 07/04/2019 E OS
DOCUMENTOS MÉDICO ACOSTADOS NAS PÁGINAS 14 A 42 E DE 49 A 72 - DESCONSIDERADOS DA ANÁLISE.

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413954/19

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA : 446.951.522-15

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: 25/11/2019
Nome: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA
CPF: 446.951.522-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655361

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655361

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655361

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000073353-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 446.951.522-15 4 - Nome completo da vítima: Anderson Barbosa da Costa

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

5 - Nome completo: Anderson Barbosa da Costa 6 - CPF: 446.951.522-15
7 - Profissão: Empregado 8 - Endereço: R: Ademário Santos 9 - Número: 507 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Caiubi 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: Roraima 14 - CEP: 69.312-108
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 9162-1515

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2617 4 CONTA: 55.151 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairasor)? ☐ 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, Boa Vista 07/11/19

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
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040015/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2019 12:10 Data/Hora Fim: 13/11/2019 12:33

Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 07/04/2019 11:00

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)

Logradouro: RR 206, KM 42

Bairro: AREA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Manaus

Sexo: Masculino

Nasc: 14/12/1977

Profissão: Empresário

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Fatima Barbosa da Costa

Nome do Pai: Jose Rodrigues da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.951.522-15

RG - Carteira de Identidade: 132939

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua casemiro de abreu

Bairro: canarinho

Telefone: (95) 99162-1515 (Celular)

Nº: 97

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição I/HONDA CBR 1000 RR

CPF/CNPJ do Proprietário 498.882.853-00

Placa JXU0533

Renavam 00964256053

Número do Motor SC57E2326615

Número do Chassi JH2SC57907M301671

Ano/Modelo Fabricação 2007/2007

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo I/HONDA CBR 1000 RR

Modelo I/HONDA CBR 1000 RR

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/11/2015

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger

Impresso por: Ronaldo Oliveira da Silva

Data de Impressão: 13/11/2019 12:33

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040015/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Anderfeson Barbosa da Costa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este distrito policial para informar que no dia acima citado estava conduzindo a MOTOCICLETA I/HONDA CBR 1000 RR, Placa JXU0533, Chassi JH2SC57907M301671, VERMELHA, na RR 206 sentido vila São Francisca-RR/ Boa Vista-RR, que não conseguiu fazer a curva na estrada e colidiu com um barranco, que o comunicante apagou, que segundo testemunhas o comunicante foi socorrido pelo SAMU e levando para o HGR, que o comunicante quebrou o braço esquerdo, e dois meses depois teve um coágulo da cabeça devido ao acidente; que a referida motocicleta ficou parcialmente destruída, era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Ronaldo Oliveira da Silva

Não Informado

Matrícula 42000812

Responsável pelo Atendimento

Anderfeson Barbosa da Costa

(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."

Fórmula de(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - P3 constituição ou ARL:

3 - CPF de vítima:

446.951.522-15

4 - Nome completo da vítima:

Anderson Barbosa da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSLP Nº 425/2012

5 - Nome completo:

Anderson Barbosa da Costa

6 - CPF:

446.951.522-15

7 - Profissão:

Empresário

8 - Endereço:

R. Ademirio Santos

9 - Número:

507

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Carmelita

12 - Cidade:

Rio de Janeiro

13 - Estado:

Rio de Janeiro

14 - CEP:

22.240-108

15 - E-mail:

446.951.522-15

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOS E CURADOR) VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTÃO VA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CÔNDA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.000,00

☐ R\$2.001,00 A R\$3.000,00

☐ ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DO BÔNUS DE CREDITO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DO BÔNUS DE CREDITO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para beneficiários. Não são duas opções)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2017

4

CONTA:

55.151

1

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as 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 acidente.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação e/ou apresentação 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 documentadas de acidente de trânsito causado por veículo.

Declaro que esta autorização não significa minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorciado ☐ Separado de fato ☐ Outros

24 - Se a vítima possui filhos:

25 - Se a vítima possui companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou companheiro(a)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/mães vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso seja dada a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e o valor em esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá acarretar a anulação do seguro e a responsabilização criminal por infração do art. 299 do Código Penal.

34

Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

Assinatura:

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rúbrica)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rúbrica)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rúbrica)

38 - 1ª - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª - Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: Rio de Janeiro, 07/11/19

Anderson Barbosa da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000073353-1

Nr. da Autenticação 8786461648D16BE8

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: 3190655361 3 - CPF da vítima: 446.951.522-15 4 - Nome completo da vítima: Anderson Barbosa da Costa

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

5 - Nome completo: Anderson Barbosa da Costa 6 - CPF: 446.951.522-15
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Ademário Santos 9 - Número: 507 10 - Complemento:
11 - Bairro: Cambé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-108
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9599162-1515

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 73353
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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, Boa Vista, 06/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Anderson Barbosa da Costa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HAAR/PSFE
Av. Brigadeiro Figueiredo Gomes, 3305

1ª Classificação

Pacientes

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

2ª Classificação

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

3ª Classificação

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

13010933/9

07/04/2019 11:43:35

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIÁRIO 07-19

Paciente

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

14/12/1977

41 A 3 M 24 D

44695152215

00010074

Tipo Doc

União

Orgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 132939

M

PARDA

BRASIL

Mãe

MARIA DE FÁTIMA DA COSTA

JOSE RODRIGUES DA COSTA

Contato

Endereço

RUA JOSÉ ALEIXO - 3088 ...

Ocupação

NÃO INFORMADA

Classe de Risco

Plano Convênio

Nº de Carteira

Validade

Autorização

Sis. Principal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Forma

Peso

Pressão

ACIDENTE DE MOTO

URGÊNCIA

Sócio

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Seg.

Registrado por:

ROSIVAN BARROS

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

AC: 1234 RW: 12345 MRw: 123456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X☐ ULTRA-SOM☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ HCGG☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Demora Médica☐ Alta e Paliativo☐ Alta e Revelar☐ Transferência para☐ Anulação☐ Observação (Atenção)☐ Interação

Data e Hora da Solução

Óbito

Tempo do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ UML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Henrique

Médico

CRM-RR 1808

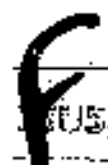
Impressa por rosivan.barros

Data/Hora: 07/04/2019 11:44:11

LIVRO DE ATENDIMENTO

CARTÃO

Sete 18.04.74



Sistema
União de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EQUIPANTE

4 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - C.M.E.S.

6 - C.M.E.S.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7 - NOME DO PACIENTE

8 - N.º DO HISTÓRICO

9 - PARTO NACIONAL DE SAÚDE (P.N.S.)

10 - DATA DO NASCIMENTO

11 - SEXO

12 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

13 - TELEFONE DE CASA OU HOSPITAL

14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, CIDADE)

15 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

16 - C.C.D. ABEXUNÇÃO

17 - UF

18 - C.T.B.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - FUNDAMENTOS SÍNTESIS E SÍNTESIS CLÍNICOS

Phc. trat. exposto de fôcos e
uma dist. segmentar + fôcos HRC.

20 - CONDIÇÃO DO PACIENTE NA INTERNAÇÃO

1.º e 2.º

21 - FUNDAMENTOS RESULTADO 22 - SONDAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS) 23 - EXAMES REALIZADOS

1.º + 2.º

24 - OPERAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

trat. Boreto + Jra + M. Lacerda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteomielite fr. autêntica + fixador externo + 1.º

26 - CLÍNICA

27 - GRUPO DE INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DO DOCUMENTO (C.N.S./C.F.) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (PRESTADOR)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO) DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - AGENTE DO ACIDENTE

34 - Causa da lesão

35 - N.º DO BILHETE

36 - AGENTE DE TRABALHO TIPO

37 - Causa da lesão

38 - Causa da lesão

39 - Causa da lesão

40 - AGENTE DE TRABALHO TIPO

41 - Causa da lesão

42 - Causa da lesão

43 - Causa da lesão

44 - VÍNCULO COM A EMPRESA (N.º)

45 - Causa da lesão

46 - Causa da lesão

47 - Causa da lesão

48 - Causa da lesão

49 - Causa da lesão

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

51 - C.C.D. AUTORIZADOR

52 - DOCUMENTO

53 - N.º DO DOCUMENTO (C.N.S./C.F.) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO) DO CONSELHO

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Hospital de Juazeiro
CRM-PA 1740 T507 14272

04/03/0013
04/03/0013
0408020923-5524
0408020907-5524

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO GRANDE TRAUMA

NOME: Andrésson Barbosa da Costa

DATA DE NASCIMENTO: 34/12/77

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 09/09/19
 Nº BOLSA: 011419030806 VOLUME: 276ml
 BOLSA: ABO: P FATOR Rh: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR Rh: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 03:20 h. T. 34.2 PA: 130/68 P: 90 FR: 22
 MEIO (15MIN): 03:35 h. T. 34.5 PA: 130/70 P: 96 FR: 21
 FIM: 05:30 h. T. 34 PA: 129/70 P: 99 FR: 25
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Elizangela
 ENFERMEIRO (A): Elizangela COREN: 10754/199

Ficha pela
hemodinâmica

Elizangela Martins Pro
Téc. de Enfermagem
COREN - RJ 10754/199

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 09/09/19
 Nº BOLSA: 011419030808 VOLUME: 339ml
 BOLSA: ABO: B FATOR Rh: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR Rh: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 05:40 h. T. 36.4 PA: 163/86 P: 99 FR: 19
 MEIO (15MIN): 06:00 h. T. 36.2 PA: 165/85 P: 98 FR: 17
 FIM: 06:15 h. T. 35.3 PA: 164/80 P: 90 FR: 18
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Francinete
 ENFERMEIRO (A): Francinete COREN: 10754/199

06:55 hrs.
Francinete Martins Pro
Téc. de Enfermagem
COREN - RJ 10754/199

Francinete Durasceno Corr
Téc. de Enfermagem
COREN - RJ 7513/79

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: VOLUME:
 BOLSA: ABO: FATOR Rh:
 PACIENTE: ABO: FATOR Rh:
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: h. T. PA: P: FR:
 MEIO (15MIN): h. T. PA: P: FR:
 FIM: h. T. PA: P: FR:
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:
 ENFERMEIRO (A): COREN:

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: VOLUME:
 BOLSA: ABO: FATOR Rh:
 PACIENTE: ABO: FATOR Rh:
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: h. T. PA: P: FR:
 MEIO (15MIN): h. T. PA: P: FR:
 FIM: h. T. PA: P: FR:
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:
 ENFERMEIRO (A): COREN:

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Assessor: Amadeus de Oliveira Secretaria de Estado
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

ANEXO DA PROPOSTA

Assessor: Amadeus de Oliveira Secretaria de Estado
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

ANTES DE O PACIENTE SAIR DO CIRURGIÃO
 OPERAÇÕES

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

Assessor Amadeus de Oliveira
 do Hospital de São Paulo, Sanatório

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
Descrição de Procedimento

Nome: Andersson Barbosa de Costa
Data: 07/04/19

Profissionais: Dr Fernando Junges.

- 1-Paciente em DDH + assepsia + antissepsia+ campos estéreis.
- 2-Anestesia Local em 5º espaço intercostal em Hemitórax Esquerdo superficial e profunda.
- 3-Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4-Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior com divulsão até a cavidade torácica, mais dissecação romba com avaliação digital com saída de ar sob pressão.
- 5-Passagem do tubo nº 36, em sentido pôstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com borbulhamento
- 7-Fixação do tubo à pele com nylon "2-0" em ponto em U
- 8- Dreno funcionando e oscilante
- 9- Raio-X de Tórax de controle.



Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
RQE-730 / CRM-RR 1583

CENTRO OPERATÓRIO

Inklopersan B. Costa

Colo. 07:04, 1m

0.4

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Fract. de rádio e ulna distal, copula
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: + Fract. de rádio e ulna distal +
 TIPO DE INTERVENÇÃO: Fract. MTC + fix.
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Osteossintese + MTC
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____
 CIRURGIÃO: Jonathas 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTA: Breno ANESTÉSICO: _____
 IDIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Pele em dist. sob anestesia
 2) Antissepsia + Anestesia
 3) Incisão No-Tension + Dissecção p/ plano
 4) LMC cl. 87 cost. exclusiva
 5) Redução do foco + fixação cl. placa dep + parafusos
 6) Incisão sobre a ulna - Dissecção p/ planos
 7) Redução e fixação cl. placa dep + parafusos
 8) Instalação de fixador de Colles em rádio distal após LMC exclusiva, visualizado ponto e massa óssea abundante.
 9) Sutura p/ planos (no) Cirúrgico

Instituto de Ortopedia e Traumatologia
 Rua da Bandeira, 1111 - 13048-900 - Campinas, SP
 Fone: (019) 2108-1111



GOVLRNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 34 APT OU LEITO 4 Nº DO PRONTUÁRIO 07 DATA 10/04/2003

TIPO Osteossintese de Rádio Ulnar CIRURGIÃO Dr. J. Mendes EQUIPE MÉDICA
INÍCIO 11:35 FIM 13:55 TEMPO DE DURAÇÃO 2h 20 TEMPO TOTAL
ANESTESISTA: Dr. Ulysses
RES. ANESTESIA: Dr. R. D. N. N.
INSTRUMENTADOR: Res. Cortes

1ª AUXILIAR 2ª AUXILIAR CIRCULANTE Dr. R. D. N. N.

TIPO DE ANESTESIA:	QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	TEMP. DE DURAÇÃO:	MEDICAMENTOS	VALOR
	☒	PCIS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒		FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO, 5%.	
	☒	PACOTES GAZE				FRASCOS- SORO RINGER LACUADO	
	☒	LUVA ESTÉRIL 7.0				FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	☒	LUVA ESTÉRIL 7.5				FIO VICRYL Nº	
	☒	LUVA ESTÉRIL 8.0				FIO MONONYLON Nº 2.0	
	☒	LUVA ESTÉRIL 8.5				FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	☒	LUVAS W/ PROCEDIMENTOS				FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	☒	FÂMENA BISTURI Nº 21				FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	☒	DRENO DE SUÇÃO Nº				FIO CATGUT CROMADO Nº	
	☒	DRENO DE TORAX Nº				FIO PROLINE Nº	
	☒	DRENO DE PENROSE Nº				FIO SEDA Nº	
	☒	SERINGA 01ML				SURGICEL	
	☒	SERINGA 03ML		☒		GERA BLOSSO	
	☒	SERINGA 05ML		☒		CH-CATARATA Nº Cloraz.	
	☒	SERINGA 10ML		☒		GRUPO Nº	
	☒	SERINGA 20ML		☒		FITA CARIACA	
	☒			☒		OUTROS: Eletrodo	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS
INSTRUMENTADOR (A) Enfermeira Chefe
CIRCULANTE DE SALA Jacqueline
FUNKIONÁRIO CALÇADOS Dr. R. D. N. N.

DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE
MATERIAL MEDICAMENTOS
SUB-TOTAL
TAXA DE SALA
TAXA DE ANESTESIA
SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONFIABILIDADE



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

DATA: 09/04/2019 DI/HGR: _____ DN: _____ IDADE: _____ ÁREA: AMARELA LEITO: _____
 NOME: Anderson B. Costa

DIAGNÓSTICOS:

DISPOSITIVOS	BALANÇO HÍDRICO	ANTIBIÓTICOS
AVC: _____	ADMINISTRADO (ESTIMADO): _____	Cefalotina (00)
PAI: _____	DIURESE: _____	Geníamida (00)
TOI/TQI: 10	UF: _____	metronidazol (00)
VM: _____	BH ACUMULADO: _____	
Outras: _____		
Últimas 24hs:	ΔFC: 94 - 110	Clearance/Cr: _____
Atax: 34,7 - 36,5°C	ΔHR: 18 - 19	Evacuações: _____
SPAS: 111 - 163	Δ Glicemias: _____	SNG: -
APAD: 60 - 86	Drenos: Lado (D) - 300 ml	
	Lado (E) - 150 ml	

Evolução nas últimas 24h:

Paciente evoluiu hemodinamicamente, sem DVA, sem SDA, sem náuseas, com nível de consciência de 15/19.

Exame Físico: REG () RFG (X) MFG () / Anictérico (X) ou icterico () / 14
 Hidratado (X) ou Desidratado () / 14 / Consciente (X) ou Desorientado ()
 Curado () ou Hipocorado (X) 24 / 14 / Acianótico (X) ou Cianótico () / 14

Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

() Outros: _____

ABD.:

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA -

() Outros: _____

Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s), Ausência de edemas, Panturrilhas livres

() Outros: _____

NEUR.:

(X) Glasgow 15 / Pupilas Isocóncas (Ectomacropupila)

RCM: (X) RIM: () / RAMSAY: _____

Outros: _____

Impressão Diagnóstica: Estável

Conduta: 1000 CC, 1000 CC, 1000 CC, 1000 CC

CIDADE/SETOR: JIRSB - GTPSPF
NOME DO PACIENTE: Anderson Barbosa Gusm

ID: Polítrama + Placenta Cerebral + Hematócrito
PRESCRIÇÃO

DATA

10/04/2019

Deixa livre, Dieta Blanda

1. AVP

2. SF 0,9% 1500ml EV de 8:30

3. Cefalotina 1g EV 6:00

4. Gentamicina 290mg EV 1x ao dia

5. Metronidazol 500mg EV 8:30

6. Tracil 20mg EV 12:20

7. Tramsil 100mg + SF 0,9% 100ml EV 6:00

8. Dipirona 4mg EV 6:00

9. Plasil 10mg EV 8:30 SN

10. Curativo Diário

11. SVD - Acetaminofeno rigorosamente

12. SSVV - CECG

13. Solicito exame de Urinário

14. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

15. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

16. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

17. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

18. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

19. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

20. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

21. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

22. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

23. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

24. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

25. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

26. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

27. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

28. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

29. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

30. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

31. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

32. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

33. SF 0,9% 1000ml EV 8:30

Evolução Médica

Paciente jovem, vítima de politrauma (paciente de n.º 10), atendido pelo
Grupo de Resgate de Jirsa e pela Cirurgia Geral Direção n.º de
Tórax (hemotórax). No momento paciente estável hemodinamicamente
sem uso de DVA e SDA. Refere dor intensa e não aguda no tórax.
Paciente sem prescrição e sem exames
Atualizados até às 17:00h. Dr. Sérgio Martins
e Sônia e Francis. Dr. Sérgio Martins

16:45 - Etapa de exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório. Dr. Sérgio Martins

EXAME	RESULTADO	COMENTÁRIO
HEMOGRAMA	15.300	
HEMOGRAMA	18.200	
HEMOGRAMA	20.100	
HEMOGRAMA	21.100	
HEMOGRAMA	22.100	
HEMOGRAMA	23.100	
HEMOGRAMA	24.100	
HEMOGRAMA	25.100	
HEMOGRAMA	26.100	
HEMOGRAMA	27.100	
HEMOGRAMA	28.100	
HEMOGRAMA	29.100	
HEMOGRAMA	30.100	

HORA	TAX	FC	FR	SPO2	PA
10:00	36,4	92	23	94,8	108/74
11:00	36,4	92	23	94,8	108/74
12:00	36,4	92	23	94,8	108/74
13:00	36,4	92	23	94,8	108/74
14:00	36,4	92	23	94,8	108/74
15:00	36,4	92	23	94,8	108/74
16:00	36,4	92	23	94,8	108/74
17:00	36,4	92	23	94,8	108/74
18:00	36,4	92	23	94,8	108/74
19:00	36,4	92	23	94,8	108/74
20:00	36,4	92	23	94,8	108/74
21:00	36,4	92	23	94,8	108/74
22:00	36,4	92	23	94,8	108/74
23:00	36,4	92	23	94,8	108/74



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELSEBÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA NOTURNA

DATA: 10/04/2019

IDADE: 42a

SEXO: F

ÁREA: AMAR+LA

NOME: Anderson Barboza Costa

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

Poliúria + fratura média/ulna (E) + DT bilateral (hematoma)
DVA: ☒ ANTIBIÓTICOS
IOT/TOT: ☒
VM: ☒
SVD: sim
SNG/SNE: ☒
SÍNDROME ANALGESIA: ☒
Ceftriaxona
Metilmetilolol

ATUAL

FC: 98 PRESSÃO ARTERIAL: 146 x 93 FEBRE: ☒
FR: 62 GLICEMIA CAPILAR: 97 mg/dL EVACUAÇÕES:
SO: 99 DIURSE: hematuria ☒ negativo

Evolução Médica Noturna: Pac em DB a 4.5°, restitua ao exame, vigil, comunicativo; estado hemodinamicamente; em uso de cNO2 p/ manutenção da sat O2; oligúrico, porém com excreção nitrogenada dentro da normalidade, necessitando diálise via oral c/ base acetato. Respe. da técnica interna, c/ restrição do mov. respiratório.

Exame Físico: BEG () RLC () MEG () / Anictérico () ou icterico () / +4
Hidratado () ou Desidratado () / +4 / Consciente () ou Desorientado ()
Corado () ou Hipocorado () / +4 / Cianótico () ou Cianótico () / +4

p. Cardiovascular

RCR2I, Bulhas normotonéticas, sem sopros
() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

PMVU em ambos os hemitorax. SRA

() Outros: to em base

ABD.: pequeno

Globo, Flácido, RHA +, S/VMG

() Outros:

EXI

Bou perfusão periférica (< 3s), Panturrilhas livres

NEUR.:

Glasgow 15 / Pupilas isocóricas

RIM () RIM- () / RAMSAY:

Dr. Thiago Henrique
CRM-RS 1001

CONDUTA: Manter vigilância respiratória.

Hidratação vigorosa + bicarbonato p/ alcalinizar a urina.

Manter vigilância renal.

Manter suporte intensivo.

Francisco Pinelli
Interna 6º ano

EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

DATA: 13/04/2019	DI/HGR: 05/03/19	DN: 22/04/18	IDADE: 47	ÁREA: amarela 1	LEITO: 4
NOME: <u>Ernando Bandeira da Silva</u>					

DIAGNÓSTICOS:		
DISPOSITIVOS	BALANÇO HÍDRICO	ANTIBIÓTICOS
AVC: AVC - <u>Subclavio</u>	ADMINISTRADO (ESTIMADO):	<u>meropenem</u>
PAI: ---	DIURESE: <u>800 ml</u>	<u>tecoplanina</u>
TOT/TQT: TOT	UF:	<u>Sulba + Trimeth</u>
VM: AVC	BH	
Outros: SNE, SVD	BH ACUMULADO:	

Últimas 24hs:	Δ FC:	Clearance/Cr: -- <u>0</u>
Δ Tax:	Δ FR:	Evacuações: --- <u>0</u>
Δ PAS:	Δ Glicemias: -- <u>0</u>	SNG: <u>0</u>
Δ PAD:	Drenos: -- <u>0</u>	

Evolução nas últimas 24h: Paciente estável hemodinamicamente, sem uso de DVA ou SDA, muito menor Ventilação mecânica. TQT em AL

Exame Físico: BEG () REG (x) MEG () / Anictérico (x) ou Ictérico () /+4
 Hidratado (x) ou Desidratado () /+4 / Consciente () ou Desorientado (x)
 Corado () ou Hipocorado (x) /+4 / Acianótico (x) ou Cianótico () /+4

Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral ~~sem Ruidos Adventícios~~ sem Ruidos Adventícios

() Outros: C/ Ruidos em bases

ABD.:

(x) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros:

Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (< 3s); torn edema em MMII Panturrilhas livre

() Outros:

NEUR.:

() Glasgow / Pupilas Isocóricas () RFM + () RFM - () / RAMSAY:

Outros: 14

Impressão Estável, aguardando vaga ao bloco

Conduta: manter suporte clínico

A

Data: 15/08/19

SUS Sistema Único de Saúde
União de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

ANDERTESON BARBOSA DA COSTA

6 - Nº DO PRONÓTIPO

20074

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100502361121473516

8 - DATA DE NASCIMENTO

14/02/1974

MASCULINO

9 - NOME DA MÃE DO DOENTE (OBRIGATORIO)

Maria de Fátima Barbosa da Costa

10 - DATA DE NASCIMENTO DO DOENTE

95/99/06/PA 401

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 3º ANDAR)

Rua Cosmimo de Almeida, 97, Canoinho

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

13 - CID - DOENÇA PRINCIPAL

140010

14 - UF

R/R 693

15 - CEP

124272

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

KE TARDIO OPERADO DE DRENAGEM DE
HSDC, F.T.P. COM RECIDIVA
CRÔNICA PERSISTENTE

2 - PRINCIPAIS EXAMES DE LABORATÓRIO

ACIMA

3 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO)

TC CRÂNIO

4 - DESCRIÇÃO DO EXAME

HSDC F.T.P. DIREITA

K06.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DRENAGEM HSDC F.T.P. DIREITA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

NCR

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CIRÚRGICO

28 - ENFERMIA

X

29 - Nº DO DOCUMENTO (CÓDIGO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO)

2101051491837510102

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. FABRÍCIO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/04/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABRÍCIO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - AUT. DO DOENTE (PACIENTE)

34 - DATA DO REGISTRO

35 - DATA DO REGISTRO

36 - SÉRIE

37 - AGENTE DE TRABALHO (TIPO)

38 - UN. EMPRESA

39 - DATA DO REGISTRO

40 - UN. EMPRESA

41 - PRESENTE DE TRABALHO (TIPO)

42 - UN. EMPRESA

43 - DATA DO REGISTRO

44 - UN. EMPRESA

45 - VÍDEO COM A PRESENTAÇÃO

46 - UN. EMPRESA

47 - DATA DO REGISTRO

48 - UN. EMPRESA

49 - PRESENTAÇÃO

50 - UN. EMPRESA

51 - DATA DO REGISTRO

52 - UN. EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - Nº DO DOCUMENTO

55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - DATA DO REGISTRO

57 - UN. EMPRESA

58 - DATA DO REGISTRO

59 - UN. EMPRESA

60 - DATA DO REGISTRO

61 - UN. EMPRESA

62 - DATA DO REGISTRO

63 - UN. EMPRESA

64 - DATA DO REGISTRO

65 - UN. EMPRESA

66 - DATA DO REGISTRO

67 - UN. EMPRESA

68 - DATA DO REGISTRO

69 - UN. EMPRESA

70 - DATA DO REGISTRO

71 - UN. EMPRESA

72 - DATA DO REGISTRO

73 - UN. EMPRESA

74 - DATA DO REGISTRO

75 - UN. EMPRESA

76 - DATA DO REGISTRO

77 - UN. EMPRESA

78 - DATA DO REGISTRO

79 - UN. EMPRESA

80 - DATA DO REGISTRO

81 - UN. EMPRESA

82 - DATA DO REGISTRO

83 - UN. EMPRESA

84 - DATA DO REGISTRO

85 - UN. EMPRESA

86 - DATA DO REGISTRO

87 - UN. EMPRESA

88 - DATA DO REGISTRO

89 - UN. EMPRESA

90 - DATA DO REGISTRO

91 - UN. EMPRESA

92 - DATA DO REGISTRO

93 - UN. EMPRESA

94 - DATA DO REGISTRO

95 - UN. EMPRESA

Preferem Parto de Lata
41 anos

Data: 29,07,19

08

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hematoma subdural crânio

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Craniotomia

DICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 artéria

CIRURGIÃO: Dr. Marcos Barbosa

1º APOIADOR: Dr. Fábio Cav. R. Mendes

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FINI

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em OCP sob anestesia geral + IOT + VM.
- 2) Lavagem + antiseptização + colocação de campos estéril.
- 3) Incisão FETA (S) + abertura no plano + craniotomia RT (S) + drenagem.
- 4) Drenagem de volume de hematoma subdural encapsulado.
- 5) Fechamento da craniotomia.
- 6) Duroplastia e colocação do flap ósseo.
- 7) Sutura no plano. 8) Lavagem + curativo.
- 9) Dreno Portovac no subcutâneo.

Marcos Thiago de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM-RJ 1488



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (CIVIL, Nº, BAIRRO)

13 - CID

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

pat. et. de pulmão + mto
sólido mas não de k

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

12MS

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. + 94

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO (TÍTULOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(S) E(S)S)

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(S) E(S)S

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BENEF

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

35 - CNPJ EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - VÍNCULO COM A FIDEJUDICIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() ACIDENTE

() JUBILADO/REGO

() RESCINDIDO

() NÃO SEGURO

42 - Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

43 - CID, ORGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DO DOCUMENTO (TÍTULOS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (P) DO MINISTRO DO CONSELHO

20/12/10



Andressa Badora

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/2/19

OS. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

EDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

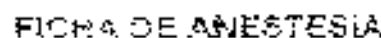
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ref. 884 sob anestesia
- 2) propiô e antispasmo
- 3) comp. por estôm.
- 4) Retirada material de
Sintex Punho e Mão (3 fio k)
- 5) manip. após abertura de
punho e Mão e MTC
- 6) curativo



GRANTING OF AFRICAN CITIZENSHIP

Anderson Barbara da Costa 49 anos

PUB. MEDIC. CÉD. DE REG. - OAB - RJ - 15.450

29.07.2014

19:00

၁၀:၆၂

24:00

0.247

[illegible]

Dr. Seligman & Co. Amsterdam

- 7. Cefazolinum 2. g ev
- 8. Anapirina + Nefopirina 60 mg
0,75 mg 10 mg
- 9. Aspirinulo e esteroido
- 10. Encurcindo para 2000.

EDINO ALLAMANO COMPANY
10000 E. 197th St.
Edinburg, TX 78541



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CÍRURGIA

NOME DO PACIENTE

Andresson Barbosa da Costa

APT OU UPTO

Nº DO PRONTUÁRIO

00010074

DATA

29 / 07 / 14

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

Drenagem de hematoma subdural

INICIO

20:07

FIM

22:04

TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

Dr. Fabrício Almeida

ANESTESISTA

Dr. Edino

RES. ANESTESIA

Res. Andreza

1ª AUXILIAR

Dr. Marco Tago

INSTRUMENTADOR

Fabriz e Evoniz

2ª AUXILIAR

CIRCULANTE

Elineusa Nuno

TIPO DE ANESTESIA

Geral

TEMPO DE DURAÇÃO

MATERIAL

POTS (COMPRESSAS) 03 UNID.

PACOTES GAZE

GUAVA ESTÉRIL 7.0

GUAVA ESTÉRIL 7.5

GUAVA ESTÉRIL 8.0

GUAVA ESTÉRIL 8.5

GUAVAS P/ PROCEIMENTOS

LÂMINA HISTOL Nº 15, 24

DRENO DE SUÇÃO Nº

DRENO DE FORAX Nº

DRENO DE PENROSE Nº

SERINGA 10ML

SERINGA 03ML

SERINGA 05 ML

SERINGA 10ML

SERINGA 30ML

QUANT

BÁDICAMENTOS

FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500ml

FRASCOS-SORO RINGER LACTADO

FRASCOS-SORO GLICOSADO

FIO VICRYL Nº

FIO MONONYLON Nº 2-0 0-1 + 3-0

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLINE Nº 4-0

FIO SEDA Nº

SURGICAL TGT Nº 7-0

OBRA FIOSO

EQUIPE MACROGOL

EQUIPE ELETRÔDOS

EQUIPE CARDIAC sonda de Foley 14

OUTROS coletor de urina

Gelfoan

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CÍRURGIA - VISÃO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Stefanie

FUNCIONÁRIO(A) AJUDAS

CIRCULANTE DA SALA

OBSERVAR NA C.C. DO PACIENTE

MATERIAL E MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A COM TABELIDADE

Nome: Anderson Carlos da Silva Data de Nasc: 14/12/37 Idade: 46 Setor/Leito: 67 Data: 29/07/19

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestésico: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Proposta: Descompressão de hematomas subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Não

Pré-luz: Sim Não

Crimes: Sim Não

Reserva: 15m 15m 15m

Lateralidade: Sim Não

Alergia: () Sim Não

Local: OR

Atividade de Hospitalização: Sim Não

Cirurgia: Clipping de Célula Oligodendrogloma

Consentido: Sim Não

Com Tumor de O2

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Local: OR

Entrada na Sala: 19:30

Início da Anestesia: 19:57

Início da Cirurgia: 20:03

Termino da Cirurgia: 20:03

Termino da Anestesia: 20:03

Posicionamento: Dec.

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Posicionamento: Dorsal

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

Localização: Quadr. 2

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

Unidade: Unidade de Saúde da Família

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

COMPANHIA QUE TODOS DE MEMBROS DA
FAMILIA SE APOIAM SEMPRE PELO BOM E
FUTURO () Não

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE

DE PROFISSIONAL DA SAÚDE DE BOM E
OU DA EQUIPE MÉDICA CONSULTADA
VERBALMENTE COM A EQUIPE



GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL"
HOSPITAL GERAL DE NOVA LIMA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

M62 150-3
Nº 150-3

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Amelton Benício de Costa - Atendimento Individual Leito

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

29/03/19

PRESCRIÇÃO:

1) 1 litro de

2) 20,00 ml de (M) 8,4%

3) 20,00 ml de (M) 8,4%

4) 20,00 ml de (M) 8,4%

5) 20,00 ml de (M) 8,4%

6) 20,00 ml de (M) 8,4%

7) 20,00 ml de (M) 8,4%

8) 20,00 ml de (M) 8,4%

9) 20,00 ml de (M) 8,4%

10) 20,00 ml de (M) 8,4%

11) 20,00 ml de (M) 8,4%

12) 20,00 ml de (M) 8,4%

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

06:30

08:30

10:30

12:30

14:30

16:30

18:30

20:30

22:30

24:30

26:30

28:30

30:30

32:30

34:30

36:30

38:30

40:30

42:30

44:30

630 Ref. de água a mesa do almoço

10:30 Ref. de água a mesa do almoço

13:30 Ref. de água a mesa do almoço

16:30 Ref. de água a mesa do almoço

19:30 Ref. de água a mesa do almoço

22:30 Ref. de água a mesa do almoço

25:30 Ref. de água a mesa do almoço

Matéria Médica
Enfermagem
FARMACOLOGIA

Prescrição Médica
08/04/2019

PA 135 X 60
FC 72



10-3

PRESCRIÇÃO DIÁRIA
Gottow 15. P. 12.
Sem efeitos máis.

Mloa A 110-3

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Paula Maria Barbosa da Costa - Mãe Leonardo Henderson Almeida Leão

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

30/03/19

PRESCRIÇÃO:

1) Pinda oral

2) SFA 48 500 mg (w) 6/6h

3) Clonazepam 1/2 (w) 12/12h

4) Omeprazol 20mg (w) 6/6h

5) Dipirona 400mg (w) 6/6h 3 dias

6) Pharyl - 100mg (w) 6/6h 5 dias

7) Clonazepam 1/2 (w) 6/6h 5 dias

8) Metoprolol 50mg (w) 6/6h 5 dias

9) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

10) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

11) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

12) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

13) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

14) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

15) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

16) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

17) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

18) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

19) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

20) Sulfam 400mg (w) 6/6h 5 dias

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:

07:00 11:30 15:00 18:30

08:00 12:30 16:00 19:30

09:00 13:30 17:00 20:30

10:00 14:30 18:00 21:30

11:00 15:30 19:00 22:30

12:00 16:30 20:00 23:30

13:00 17:30 21:00 00:30

14:00 18:30 22:00 01:30

15:00 19:30 23:00 02:30

16:00 20:30 00:00 03:30

17:00 21:30 01:00 04:30

18:00 22:30 02:00 05:30

19:00 23:30 03:00 06:30

20:00 00:00 04:00 07:30

21:00 01:00 05:00 08:30

22:00 02:00 06:00 09:30

23:00 03:00 07:00 10:30

24:00 04:00 08:00 11:30

25:00 05:00 09:00 12:30

13:00 03:00 10:30

14:00 04:00 11:30

15:00 05:00 12:30

16:00 06:00 13:30

17:00 07:00 14:30

18:00 08:00 15:30

19:00 09:00 16:30

20:00 10:00 17:30

21:00 11:00 18:30

22:00 12:00 19:30

23:00 13:00 20:30

110-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DN					
PACIENTE		ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA					
AGNÓSTIC		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL					
ALERGIAS		N.D.N.					
IDADE		LEITO		110-3		DATA	
						31/jul/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA GERAL						500ml
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H						12h, 18h, 24h
3	CEFTAZIDIMA 1G IV DE 12/12H (12x3)						12h, 18h, 24h
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H						12h, 18h, 24h
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN						12h, 18h, 24h
6	CURATIVO CIRÚRGICO 1 X AO DIA						12h, 18h, 24h
7	RETIRAR DRENO 3 DIAS APÓS A CIRURGIA.						12h, 18h, 24h
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR						
17	100 UNIDADES POR 100 MG DE GLICOSE						
18	100 UNIDADES POR 100 MG DE GLICOSE						
19	100 UNIDADES POR 100 MG DE GLICOSE						
20	100 UNIDADES POR 100 MG DE GLICOSE						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcio Tiago O. Barbosa Neurocirurgião CRM- RR : 1496
6 H	120x70	70			
12 H	105x74	80		36°C	
18 H	110x70	80		36°C	
24 H	110x80	77		36,4°C	

12hs Pct. no leito, medicação cpm, diurese de 500ml, 75ml, aferido 88VV, segue aos cuidados

31/07/19 Paciente no leito aferido
88VV adm. medicação cpm

Maria Jesus Silva Dado
Téc. em Enfermagem
CRP - RR 3885-12

Insêta Santos da Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903885-12

110-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 					
DATA DE ADMISSÃO		DN			
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA				
AGNÓSTICA	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE		LEITO	110-3	DATA	01/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL.				
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H				
3	CEFTAZIDIMA 1G IV DE 12/12H (DZ/3)				
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H				
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN				
6	CURATIVO CIRÚRGICO 1 X AO DIA				
7	RETIRAR DRENO 3 DIAS APÓS A CIRURGIA.				
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
16	CORREÇÃO DE SUCROSE 100mg/ml 100mg/ml 100mg/ml				
17	SUCROSE 100mg/ml 100mg/ml 100mg/ml				
18	SUCROSE 100mg/ml 100mg/ml 100mg/ml				
19	SUCROSE 100mg/ml 100mg/ml 100mg/ml				
20					

Subs
~~11/08/2019~~
~~12/08/2019~~
~~13/08/2019~~
~~14/08/2019~~
~~15/08/2019~~
~~16/08/2019~~
~~17/08/2019~~
~~18/08/2019~~
~~19/08/2019~~
~~20/08/2019~~
~~21/08/2019~~
~~22/08/2019~~
~~23/08/2019~~
~~24/08/2019~~
~~25/08/2019~~
~~26/08/2019~~
~~27/08/2019~~
~~28/08/2019~~
~~29/08/2019~~
~~30/08/2019~~
~~31/08/2019~~
~~01/09/2019~~
~~02/09/2019~~
~~03/09/2019~~
~~04/09/2019~~
~~05/09/2019~~
~~06/09/2019~~
~~07/09/2019~~
~~08/09/2019~~
~~09/09/2019~~
~~10/09/2019~~
~~11/09/2019~~
~~12/09/2019~~
~~13/09/2019~~
~~14/09/2019~~
~~15/09/2019~~
~~16/09/2019~~
~~17/09/2019~~
~~18/09/2019~~
~~19/09/2019~~
~~20/09/2019~~
~~21/09/2019~~
~~22/09/2019~~
~~23/09/2019~~
~~24/09/2019~~
~~25/09/2019~~
~~26/09/2019~~
~~27/09/2019~~
~~28/09/2019~~
~~29/09/2019~~
~~30/09/2019~~
~~01/10/2019~~
~~02/10/2019~~
~~03/10/2019~~
~~04/10/2019~~
~~05/10/2019~~
~~06/10/2019~~
~~07/10/2019~~
~~08/10/2019~~
~~09/10/2019~~
~~10/10/2019~~
~~11/10/2019~~
~~12/10/2019~~
~~13/10/2019~~
~~14/10/2019~~
~~15/10/2019~~
~~16/10/2019~~
~~17/10/2019~~
~~18/10/2019~~
~~19/10/2019~~
~~20/10/2019~~
~~21/10/2019~~
~~22/10/2019~~
~~23/10/2019~~
~~24/10/2019~~
~~25/10/2019~~
~~26/10/2019~~
~~27/10/2019~~
~~28/10/2019~~
~~29/10/2019~~
~~30/10/2019~~
~~31/10/2019~~
~~01/11/2019~~
~~02/11/2019~~
~~03/11/2019~~
~~04/11/2019~~
~~05/11/2019~~
~~06/11/2019~~
~~07/11/2019~~
~~08/11/2019~~
~~09/11/2019~~
~~10/11/2019~~
~~11/11/2019~~
~~12/11/2019~~
~~13/11/2019~~
~~14/11/2019~~
~~15/11/2019~~
~~16/11/2019~~
~~17/11/2019~~
~~18/11/2019~~
~~19/11/2019~~
~~20/11/2019~~
~~21/11/2019~~
~~22/11/2019~~
~~23/11/2019~~
~~24/11/2019~~
~~25/11/2019~~
~~26/11/2019~~
~~27/11/2019~~
~~28/11/2019~~
~~29/11/2019~~
~~30/11/2019~~
~~01/12/2019~~
~~02/12/2019~~
~~03/12/2019~~
~~04/12/2019~~
~~05/12/2019~~
~~06/12/2019~~
~~07/12/2019~~
~~08/12/2019~~
~~09/12/2019~~
~~10/12/2019~~
~~11/12/2019~~
~~12/12/2019~~
~~13/12/2019~~
~~14/12/2019~~
~~15/12/2019~~
~~16/12/2019~~
~~17/12/2019~~
~~18/12/2019~~
~~19/12/2019~~
~~20/12/2019~~
~~21/12/2019~~
~~22/12/2019~~
~~23/12/2019~~
~~24/12/2019~~
~~25/12/2019~~
~~26/12/2019~~
~~27/12/2019~~
~~28/12/2019~~
~~29/12/2019~~
~~30/12/2019~~
~~31/12/2019~~

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	126x78	80	18	36
12 H	140x98	79	17	36,3°C
18 H	120x80	76		36°C
24 H	130x78	80	20	36

12:00h. Afido SSUV, adm. as med. cpm. *Colo*

18h. Paciente no leito sem queixas no transcorrido. Adm. medicação cpm. SSUV. Segue cuidados de equipe.

06h PLANTÃO NOTURNO
 ADM. MOD. CPM, REALIZ.
 DO SSUV + CCGG.

Leandro Ribeiro
 - Médico Residente
 CONECT 24h

02/10.3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
RORAIMA - 69200-000



PACIENTE: ROSE FLEISSA SILVA DA COSTA
 AGNOSTA: PO CRANICTOMIA HEMATOMA SUBDURAL
 ALERGIAS: N.D.M.
 IDADE: 67 DATA: 02/ago/2019
 ITXV:

		HORARIO
2	NECESSARIEDADES	SND
3	CEPHALALGIA AGUDA DE 12/12/2018	12:00 - 12:30
4	EMPIRICA LAME IV DE 06/1	12:30 - 13:00
5	PLANILHA G.V.D. 80% V.	13:00 - 13:30
6	PLANILHA G.V.D. 80% V.	13:30 - 14:00
7	PLANILHA G.V.D. 80% V.	14:00 - 14:30
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15	SE G.V.D. 80% V.	
16	SE G.V.D. 80% V.	
17	SE G.V.D. 80% V.	
18	SE G.V.D. 80% V.	
19	SE G.V.D. 80% V.	
20	SE G.V.D. 80% V.	

Dr. Sérgio Lammere
Neurocirurgião
CRM 1347
RORAIMA - VIM

EVOLUÇÃO MÉDICA
PO DE TRATAMENTO
06h

	PA	PO	PR	TEM
6 H	132/100	67	-	35.6
12 H	120/80	102	-	35.3
18 H	135/96	79	2A	36.4
24 H	130/87	87	-	35.9°C

Plantão noturno
acessado hoje, realizado
VV e medicações de horário.

h pot via leite feito
deleação com SSU
to sem queixas segue
os cuidados da enfermeira
e doite com 670001077

Realizado medicação de
horário de acordo com
a prescrição médica, pt
encontra-se BEE, LOTE e segue
ao cuidados da enfermagem.
Marta Marques
CRM 986.957.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: ANGELETON BARBOSA

Leito: 440-3

Data: 02/10/2018

Localização		Região: CABEÇA		Região:
Etiologia	☐ LPP I II III IV 7* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (X) ☐ LPP I II III IV 7* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarelada/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☐ Necrose: Amarelada/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:
Aparência do Leito	☒ Úmido ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Fritema / Rubor ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarelada/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☐ Necrose: Amarelada/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:
Pele Perifereira	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:	☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:
Profissional que realizou procedimento:	JUCI	Bruna B. Pereira Técnica de Enfermagem CARMEN 81835		
Observações:				

110-3

FACILITADOR		DATA	
ACOMODADO		03/ago/2010	
ALEITAMENTO		HORARIO	
IDADE		10-2	
ITEM		500/04	

SLD
 At 2.20h
 12.11.21
 SF 106
 Pedra
 Alameda

Tr. 8.10.21
 L. Almeida
 10/08/2010
 10h 10m 10s

50	160x80	80	20	36,1°C
120	130x90	80	-	35,8°C
170	120x80	78	-	36,2°C
210	160x80	44	20	36,3°C

18h paciente no leito
 sem queixas, SSVU
 em alterações das
 atividades da enfer-
 magem

Keith William de L. Ferreira
 Técnica em Enfermagem
 COREN/PA 028.888

110-03

SWD
SWD
20 16-11-03
12-11-03
SWD
notas
notas

Dr. Simão Lunêze
Nato em 1940
CRM-RJ 1347
RQE-RJ 1966

{ sem aparelho de PA no litou.

resida.

Geleiriana da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN 220.775

61' 114x77 69 36,6
124x74 69 36,5

Paciente em repouso no leito. Administradas as medicações
e controle horário da pressão. Sem queixas. T

Geleiriana da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN 220.775

110-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTIC	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N		
IDADE	LEITO	110-3	DATA 05/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H		
3	AVS		
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H		
5	PLASB. 100MG IV DE 8/8H SN		
6	NINATS VITAM		
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	FOLHA COM FÓRMULA E QUANTIDADE: 100-250-250-1-200		
17	FOLHA COM FÓRMULA E QUANTIDADE: 100-250-250-1-200		
18	FOLHA COM FÓRMULA E QUANTIDADE: 100-250-250-1-200		
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

	PA	FC	FR	TEMP
6H	130/80	73		36°C
12H	137x100	78		36°C
18H	130x90	70		
24H	118x84	79		36°C

07-33h Paciente no leito, estável, em de observação SSU.

Sigue cuidados de equipe. Kef

18h. Paciente no leito sem queixas
Adm. medicação com SSU.
aos cuidados de equipe

Kenany S. Vasconcelos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.248.354

06h. Afundado sobre os olhos
as medicações com

Edição de Roraima
11/08/2019

110-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTICO	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N		
IDADE	LEITO	110 -3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H		
3	AVS		
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H		
5	PLASIN. 10MG IV DE 8/8H RN		
6	SINAIS VITAIS		
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16			
17			
18			
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: Solicitar nova TC-cranio dia 10.08

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	121/53	79		35.4°C
12 H	13x6	69	—	36.3°C
18 H	120x10	83		36.8°C
24 H	102/61	83		36.15°C

11:10 Paciente no leito, M.E.P.
Verificado SSVV sem alterações.
Adm. med. cpm. ref. h/ queixas, SSVV realizado no período. T.C. realizada com 12-12-80640

110-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA			
AGNOSTICADO PC CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL			
ALERGIAS N.D.N.			
IDADE	LEITO	110-3	DATA 08/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA GERAL		5N
2	CRANIOGELINA 50MG IV DE 8/8H		8:00
3	AV3		11:00
4	DIPERONA 1 AMP. IV DE 8/8H		12:00
5	PLASIL 1000 IV DE 8/8H		12:00
6	SINAIS VITAIS		12:00
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		12:00
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO), CD:
Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

	PA	FC	FR	TEMP
6H	117x76	80	~	36
12H	120x93	76		36
18H	130x90	85		
24H	127x71	84		36,6

12:00 08/08/2019 - paciente no leito, verificando sinais vitais, auscultando pulmões, abdome e coração, e registrando os resultados.

Assinatura:
[Assinatura]

18:00 Paciente no leito -
calmo, consciente, orientado
mediante a pessoa e lugar, sem
queixas. Sinais vitais -

DR. MARCO A. SANTANA
Neurocirurgião
CRM-RR 375



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA	
AGNÓSTIC	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL	
ALERGIAS	N.D.N.	
IDADE	LEITO	DATA
	110-3	10/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL	SAV B.
2	RANTREDINA 50MG IV DE 8/8H	08-14-20
3	AVS	22
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H	02-12-24-08
5	PLASIN. 10MG IV DE 8/8H SN	SAV
6	SINAIS VITAIS	12-18-24-08
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Rotina
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR	
16	CONFORME ESCHEMA 110-20-20-24-08	
17	110-20-20-24-08	
18	110-20-20-24-08	
19	110-20-20-24-08	
20	110-20-20-24-08	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD:
Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100x64	77	—	36,5
18 H	100x60	80	—	36,5
24 H	110x70	70		36,5

6 H 110x70 80

36,5

6:00 Pac. no leito, sem queixas, fôlego
SSV, adm. medicamentos aos cuidados da
enfermagem

[Handwritten signature]

DR. MARCO J. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 513



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA

AGNÓSTICO PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL

ALERGIAS N.D.N.

IDADE

LEITO

110-3

DATA

11/ago/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA GERAL

SN

2 RANITIDINA 30MG IV DE 8/8H

16:24 08

3 AVS

Monitor

4 DEPTONA 1 AMP. IV DE 8/8H

12:32 08

5 PLASIL LONG IV DE 8/8H SN

SN

6 SINAIS VITAIS

Rotina

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Rotina

8

9

10

11

12

13

14

15

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

16

ISCOR CONFORME ESQUEMA 400-250-200-100-50-25-100-50

17

400-250-200-100-50-25-100-50-25-100-50-25-100-50

18

GLICOSE EM JEJUM GLICOSE 100-100-100-100-100-100-100-100

19

AVISAR ENTONISTAS

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD:
Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	132/98	97		36,0
18 H	130/80	81		36,5
24 H				

DR. MARIO J. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

110-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DN			
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA				
AGNÓSTI	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE	LEITO	110 -3	DATA	12/ago/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				24h
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/H				24h
3	AVS				24h
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/H				24h
5	PLASTI. 10MG IV DE 8/H 12/H				24h
6	SINAIS VITAIS				24h
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM				24h
8	FISIOTERAPIA (ME)				24h
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
16	CONFORME ESQUEMA 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000				
17	AVISAR ANTONIO				
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO), CD:

Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

ainda com hematomas
residual

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	70	—	35.6°C
12 H	102/70	80	—	36°C
18 H	120/70	78	—	36.3°C
24 H	100/60	77	—	36.6°C

DR. MARIO J. SANTOS
Neurocirurgião
CRM-RR 371

As 12:00h: Paciente Calmo no leito realizado SSVV e CCOG. Refeto
Medicação CPM. segue aos cuidados da enfermagem. TC. Presc.

M

As 18:00 Presente no leito, calmo
consciente, hidratado, com pulso
moderado e regular, eufórico, sem
sinais de infecção.

RAULSON
CRM-RR 371

110-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTIC	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N.		
IDADE	LEITO	110-3	DATA 14/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		
2	RANITIDINA 300mg IV DE 8/8H		
3	AVS		
4	DIPIRONA 1 AMP IV DE 6/6H		
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN		
6	SINAIS VITAIS		
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
8	FISIOTERAPIA		
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	CONFORME ESQUEMA 100 U 20U/20U/20U		
17	40U/20U GLN 30/1400 80U/20U 10U/10U		
18	GLUCOSE 100mg IV GLUCOSE 100mg IV		
19	GLUCOSE 100mg IV		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 nova tc persiste colecao subdural com pequeno pneumoencefalo

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	122x72	77	16	36,8
18 H	120x70	80		36,4
24 H	120x70			

06h. 12/08/19

12:00h. 12/08/19 SSUV, adm. as med. com

12/08/19 12:00h
Tia. de Enfermagem
Dra. RR 97m

18:00 pct no leito sem queixa
afetado os sinais vitais e segun
dos cuidados da Enf. Quis

12/08/19 18:00h
Tia. de Enfermagem
Dra. RR 97m



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE

ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA

AGNOSTIC

PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

LEITO

110-3

DATA

15/ago/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL

2

KANITRONA 500MG IV DS 8/24

3

AVS

4

DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H

5

PLASII 10MG IV DT 8/24 SN

6

SINAIS VITAIS

7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

8

FISIOTERAPIA

9

RETRAR: PONTOS COURO CALEÇADO

10

ADA HOSPITALAR

11

12

13

14

15

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

16

17

18

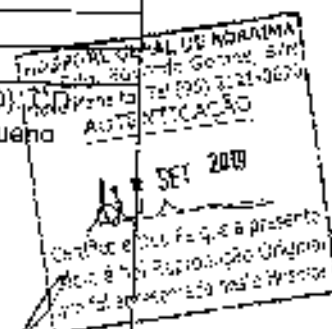
19

20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO); TC

Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 nova tc persiste coleção subdural com pequena pneumoencefalo



Dr. Fabricio Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM RR 1407

6 H

PA

FC

FR

TEMP

12 H

18 H

24 H

Alta: 26/05/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**BLOCO D**

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		2 - CAGE 731965-9
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO PRESTADOR HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		4 - CAGE 731965-9		5 - Nº DE REGISTRO RGR10074
Identificação do Paciente 6 - NOME DO PACIENTE ANDERFESON BARBOSA DA COSTA				
7 - CAD. DO PACIENTE DO SUS (PMS) Y00502961247356	8 - DATA DE NASCIMENTO 14/12/1977	9 - SEXO 1 - Masculino	10 - RACIA BRANCA	11 - TIPO 1 - TUBO-CNE RESERVADO (05) 90169-8401 12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99128-8401
13 - ENDEREÇO MARIA DE FATIMA BARBOSA DA COSTA ANDERFESON BARBOSA DA COSTA RUA: CASIMIRO DE MENEZES - 97 - CANARINHO JUA VISTA				
14 - CID DO PACIENTE 15 - CID DO PACIENTE 16 - CID DO PACIENTE 17 - CID DO PACIENTE 18 - CID DO PACIENTE 19 - CID DO PACIENTE 20 - CID DO PACIENTE 21 - CID DO PACIENTE 22 - CID DO PACIENTE 23 - CID DO PACIENTE 24 - CID DO PACIENTE 25 - CID DO PACIENTE 26 - CID DO PACIENTE 27 - CID DO PACIENTE 28 - CID DO PACIENTE 29 - CID DO PACIENTE 30 - CID DO PACIENTE 31 - CID DO PACIENTE 32 - CID DO PACIENTE 33 - CID DO PACIENTE 34 - CID DO PACIENTE 35 - CID DO PACIENTE 36 - CID DO PACIENTE 37 - CID DO PACIENTE 38 - CID DO PACIENTE 39 - CID DO PACIENTE 40 - CID DO PACIENTE 41 - CID DO PACIENTE 42 - CID DO PACIENTE 43 - CID DO PACIENTE 44 - CID DO PACIENTE 45 - CID DO PACIENTE 46 - CID DO PACIENTE 47 - CID DO PACIENTE 48 - CID DO PACIENTE 49 - CID DO PACIENTE 50 - CID DO PACIENTE 51 - CID DO PACIENTE 52 - CID DO PACIENTE 53 - CID DO PACIENTE 54 - CID DO PACIENTE 55 - CID DO PACIENTE 56 - CID DO PACIENTE 57 - CID DO PACIENTE 58 - CID DO PACIENTE 59 - CID DO PACIENTE 60 - CID DO PACIENTE 61 - CID DO PACIENTE 62 - CID DO PACIENTE 63 - CID DO PACIENTE 64 - CID DO PACIENTE 65 - CID DO PACIENTE 66 - CID DO PACIENTE 67 - CID DO PACIENTE 68 - CID DO PACIENTE 69 - CID DO PACIENTE 70 - CID DO PACIENTE 71 - CID DO PACIENTE 72 - CID DO PACIENTE 73 - CID DO PACIENTE 74 - CID DO PACIENTE 75 - CID DO PACIENTE 76 - CID DO PACIENTE 77 - CID DO PACIENTE 78 - CID DO PACIENTE 79 - CID DO PACIENTE 80 - CID DO PACIENTE 81 - CID DO PACIENTE 82 - CID DO PACIENTE 83 - CID DO PACIENTE 84 - CID DO PACIENTE 85 - CID DO PACIENTE 86 - CID DO PACIENTE 87 - CID DO PACIENTE 88 - CID DO PACIENTE 89 - CID DO PACIENTE 90 - CID DO PACIENTE 91 - CID DO PACIENTE 92 - CID DO PACIENTE 93 - CID DO PACIENTE 94 - CID DO PACIENTE 95 - CID DO PACIENTE 96 - CID DO PACIENTE 97 - CID DO PACIENTE 98 - CID DO PACIENTE 99 - CID DO PACIENTE				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Justificativa da Internação

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

RX

PRINCIPAIS SINTOMAS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RELATADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Justificativa da Internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Abdominal

23 - CID DO PACIENTE	24 - CID DO PACIENTE	25 - CID DO PACIENTE	26 - CID DO PACIENTE	27 - CID DO PACIENTE	28 - CID DO PACIENTE	29 - CID DO PACIENTE	30 - CID DO PACIENTE	31 - CID DO PACIENTE	32 - CID DO PACIENTE	33 - CID DO PACIENTE	34 - CID DO PACIENTE	35 - CID DO PACIENTE	36 - CID DO PACIENTE	37 - CID DO PACIENTE	38 - CID DO PACIENTE	39 - CID DO PACIENTE	40 - CID DO PACIENTE	41 - CID DO PACIENTE	42 - CID DO PACIENTE	43 - CID DO PACIENTE	44 - CID DO PACIENTE	45 - CID DO PACIENTE	46 - CID DO PACIENTE	47 - CID DO PACIENTE	48 - CID DO PACIENTE	49 - CID DO PACIENTE	50 - CID DO PACIENTE	51 - CID DO PACIENTE	52 - CID DO PACIENTE	53 - CID DO PACIENTE	54 - CID DO PACIENTE	55 - CID DO PACIENTE	56 - CID DO PACIENTE	57 - CID DO PACIENTE	58 - CID DO PACIENTE	59 - CID DO PACIENTE	60 - CID DO PACIENTE	61 - CID DO PACIENTE	62 - CID DO PACIENTE	63 - CID DO PACIENTE	64 - CID DO PACIENTE	65 - CID DO PACIENTE	66 - CID DO PACIENTE	67 - CID DO PACIENTE	68 - CID DO PACIENTE	69 - CID DO PACIENTE	70 - CID DO PACIENTE	71 - CID DO PACIENTE	72 - CID DO PACIENTE	73 - CID DO PACIENTE	74 - CID DO PACIENTE	75 - CID DO PACIENTE	76 - CID DO PACIENTE	77 - CID DO PACIENTE	78 - CID DO PACIENTE	79 - CID DO PACIENTE	80 - CID DO PACIENTE	81 - CID DO PACIENTE	82 - CID DO PACIENTE	83 - CID DO PACIENTE	84 - CID DO PACIENTE	85 - CID DO PACIENTE	86 - CID DO PACIENTE	87 - CID DO PACIENTE	88 - CID DO PACIENTE	89 - CID DO PACIENTE	90 - CID DO PACIENTE	91 - CID DO PACIENTE	92 - CID DO PACIENTE	93 - CID DO PACIENTE	94 - CID DO PACIENTE	95 - CID DO PACIENTE	96 - CID DO PACIENTE	97 - CID DO PACIENTE	98 - CID DO PACIENTE	99 - CID DO PACIENTE
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	41 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	43 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	44 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	45 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	46 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	47 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	48 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	50 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	51 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	52 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	53 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	54 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	55 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	56 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	57 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	58 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	59 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	60 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	61 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	62 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	63 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	64 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	65 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	66 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	67 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	68 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	69 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	70 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	71 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	72 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	73 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	74 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	75 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	76 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	77 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	78 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	79 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	80 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	81 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	82 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	83 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	84 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	85 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	86 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	87 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	88 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	89 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	90 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	91 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	92 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	93 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	94 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	95 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	96 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	97 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	98 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	99 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

03080100197022

Anderson

L104-5

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANDERSON BARBOSA DA COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX RÁDIO DISTAL E				
ALÉRGICAS	HAS				
IDADE	LEITO		404-5	DATA	14/05/2019
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				08:00
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				14:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSC
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				28
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				18:30
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18:30
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 H				28:30
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG.				SN
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	130/110	88	SPK	36.8
18 H	130/91	104	SPK	36.5
24 H	120/78	74	SPK	36.0

Dr. Fernando Bezende
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Unidade:	2	Data:	14-05-19	Enfermeiro:	404	Setor:	5
Nome Completo:	Anderson Barbosa da Silva			DM:	1	Sexo:	M
Hipótese Diagnóstica:	F-X Risco de Queda						
Regime de Alimentação:	☐ Sim	☒ Não	☐ Dieta	☐ Controlado	☐ Controlado - especial	☐ Gotas - peristaltico	
Alergia:	☐ Sim	☒ Não	Qual (s):				
Necessidade de Intubação:	☐ Sim	☒ Não	Qual (s):				
Possui acompanhante:	☒ Sim	☐ Não	Nome:				
Deambulação:	☒ Normal	☐ Sem deambulação	☐ Acamado	☐ Falta de deamb.	☐ Fraqueza	☐ Confinamento/ambulatorio	
SISTEMA NEUROLÓGICO							
☒ Consciência	☒ Orientado	☐ Desorientado	☒ Normotônico	☐ Bradicárdico	☐ Taquicárdico	ECG:	
☐ Sédico	☐ Torpido	☐ Comatoso	☒ Anisotônico	☐ Hipotônico	☐ Hipertônico	PA:	
☐ Agitado	☐ Resposta a estímulos	☐ Não respo.	☒ Pulso Cade	☐ Fibrilante	☐ Arritmico	Pulso:	
SISTEMA CARDIOVASCULAR							
☐ Fatores de risco	☐ Miocárdio	☐ Miocárdio	☐ AVC	☐ SNG/SOG	☐ SNE/SOE	☐ SII	☐ NPT
☐ Isquemia	☐ Anisotônicos	☐ Não isquemia	☐ Auscultação da dieta	☒ Sim	☐ Não	☐ Parcial	
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL							
☐ Refluxo	☐ Hipotensão	☐ Hipertensão	☐ Evacuações	☒ Presente	☐ Ausente	☐ Coostoma	
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipertensão	☐ Normal	☐ Diarreia	☐ Constipação	☐ Melena	
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipertensão	☐ Fatores	☒ Presente	☐ Ausente		
REGULAÇÃO ADRENAL							
☐ Hipotensão	☐ Distúrbio	☐ Glândula	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE							
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	
☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	☐ Hipotensão	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES							
Cateter Periférico:	☒ Sim	☐ Não	Local:	MSD	Data:	13/05/19	Técnico:
Cateter Central:	☐ Sim	☐ Não	Local:		Curva de cateterização:		Técnico:
Sinal de infusão na sítio de punção:	☐ Sim	☒ Não					
Sondas:	☐ Sim	☒ Não	☐ SNG	☐ SNE	☐ SOL	☐ GTT	☐ Lavagem
Dreno de:			Aspecto da secreção:		Quantidade:		
Cateter Vesical:	☐ Sim	☒ Não	Data da instalação:		Técnico:		
Prótese:	☐ Sim	☒ Não	Local:				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM							
☐ Degradação prejudicada	☐ Padrão respiratório prejudicado	☐ Risco de lesão por pressão	☐ Risco de infecção	☐ Volume de secreção prejudicado	☐ Risco de queda	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de desequilíbrio
☐ Risco de nutrição desequilibrada	☐ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de broncoaspiração	☐ Risco de desidratação	☐ Risco de temperatura corporal	☐ Risco de constipação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação
☐ Risco de desequilíbrio da volúme	☐ Padrão de sono prejudicado	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Deficiência de autocuidado para higiene	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação
☐ Volume de líquidos deficientes		☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação	☐ Risco de comunicação
Escala de Morse							
1. História de Queda	☒ Não	25	4. Terapia Enérgica/dispositivo salivário	☒ Não	0		
2. Obnubilamento secundário	☒ Não	15	3. Marcha/Deambulação	☒ Normal/sem deambulação/acamado	10		
3. Atividade de Deambulação	☒ Normal/acamado/auxiliado	15	4. Estado Mental	☒ Consciente/ambulatorio	10		
4. Músculo/Bengala/Andador	☒ Músculo/Bengala/Andador	15	5. Orientação/limitação/consciência	☒ Orientado/limitado/consciência	15		
5. Mobilidade Paralela	☒ Mobilidade Paralela	15	6. Superfície de apoio/Resposta limitação	☒ Superfície de apoio/Resposta limitação	15		
TOTAL:	90	Risco Baixo 0-24	Risco Médio 25-44	Risco Alto maior que 45			
Prescrição para prevenção de queda no verb:							

Risco baixo
Risco baixo
Risco baixo

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANDERSON BARBOSA DA COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX RADIO DISTAL E				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		404-5	DATA	16/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 8/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/6				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Alta hosp

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				



Assinado por: *[Assinatura]*



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

PACIENTE Adriano Bonifacio da Costa 64 ANOS.
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10 / 05 / 19 COM
 DIAGNÓSTICO DE Infarto do Miocárdio

ORIENTAÇÕES GERAIS

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

13. FORNARDI, ROBERTO
1900-1970

BOJA VISTA, 16 125 1209

MEDICO

Transf. 22/10/81

SUS

Sistema
União de
Saúde

Administração
de
Saúde

NIR

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - NOME DO PAI DO PACIENTE (N.S.)

5 - NOME DA MÃE DO PACIENTE (N.S.)

6 - NOME DO PAI DO PACIENTE (N.S.)

7 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

8 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

9 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

10 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

11 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

12 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

13 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

14 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

15 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

16 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

17 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

18 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

19 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

20 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

21 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

22 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

23 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

24 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

25 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

26 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

27 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

28 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

29 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

30 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

31 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

32 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

33 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

34 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

35 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

36 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

37 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

38 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

39 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

40 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

41 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

42 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

43 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

44 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

45 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

46 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

47 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

48 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

49 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

50 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

51 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

52 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

53 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

54 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

55 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

56 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

57 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

58 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

59 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

60 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

61 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

62 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

63 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

64 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

65 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

66 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

67 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

68 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

69 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

70 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

71 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

72 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

73 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

74 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

75 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

76 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

77 - NOME DO PACIENTE (N.S.)

☐ Verde
☐ Amarelo
☐ Vermelho
☐ Azul Escuro
☐ Azul Claro

☐ Verde
☐ Amarelo
☐ Vermelho
☐ Azul Escuro
☐ Azul Claro

☐ Verde
☐ Amarelo
☐ Vermelho
☐ Azul Escuro
☐ Azul Claro

4 DE ATENDIMENTO
 Data Nascimento: 14/12/1977
 Sexo: M
 Estado Civil: Solteiro
 Pátr: JOSÉ RODRIGUES DA COSTA

TRAMATOLOGIA
 Data: 41 A 8 M 11 D
 Raza/Cor: PARDAS

CDS
 700502061247356
 Nacionalidade: BRASILEIRA

COE: 44695152215
 Nacionalidade: BRASILEIRA

Proprietário: 00010074
 Contato: (95) 99159-9401
 Ocupação: NÃO INFORMADA

VISTA: RR
 Nº da Carteira: []
 Profissão: []
 Procedimento: []

Validade: []
 Autenticação: []
 Registro: []
 Assinatura: []

SIA: []
 Presença: []
 Registro: []
 Assinatura: []

Procedimento: []
 Registro: []
 Assinatura: []

NEA
☐ Síndrome Febril
☐ Sintomas Respiratórios
☐ Sintomas de Dengue

Clonias p/ Descarga
 1. []
 2. []
 3. []
 4. []
 5. []
 6. []
 7. []
 8. []
 9. []
 10. []

GSC
 10:234 RZ 12345 NW 123456

TOTAL: []

12. 20/01/2010

☐ SANGUE
☐ URINA
☐ SUECO
☐ OUTROS:

AFRAZAMENTO
 OBSERVAÇÃO

☐ Amputação
☐ Observação (Até 24h)
☐ Interação
 Data e Hora da Realização: []

10: []
☐ Fêmea
☐ IML Análise Patológica

Carimbo e Assinatura do Médico



SÉTOR: PAAR	ENFERMARIA:	LEITO:	DN	DEICR:
NOME DO PACIENTE	NÚBIA LIMA			
UID:	123456789			
DATA/HORA	21-8-19			

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------------	---------

1	500 mg	8/18	22:45
---	--------	------	-------

2	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

3	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

4	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

5	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

6	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

7	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

8	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

9	Leotetina	8/18	22:45
---	-----------	------	-------

10	Leotetina	8/18	22:45
----	-----------	------	-------

11	Leotetina	8/18	22:45
----	-----------	------	-------

12	Leotetina	8/18	22:45
----	-----------	------	-------

13	Leotetina	8/18	22:45
----	-----------	------	-------

14	Leotetina	8/18	22:45
----	-----------	------	-------

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200 U	301 - 350 U	351 - 400 U	401 - 450 U
201 - 250 U	351 - 400 U	401 - 450 U	451 - 500 U
251 - 300 U	351 - 400 U	401 - 450 U	451 - 500 U
GH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
------------------------	--	--	--

SINAIS VITAIS			
---------------	--	--	--

Horário	06h	12h	18h	23h
---------	-----	-----	-----	-----

PA	108/70	110/70	110/70	110/70
----	--------	--------	--------	--------

FC	108	110	110	110
----	-----	-----	-----	-----

Tax	36.4%	36.4%	36.4%	36.4%
-----	-------	-------	-------	-------

FR	16.6	16.6	16.6	16.6
----	------	------	------	------

Diurese	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

Dextro	+	+	+	+
--------	---	---	---	---

Insulina	+	+	+	+
----------	---	---	---	---

Regular	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

ONG	+	+	+	+
-----	---	---	---	---

Dreno	+	+	+	+
-------	---	---	---	---

Diurese	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA



SECTOR: PAAR	ENFERMARIA:	LEITO:	DN:	DIAGNÓSTICO:
NOME DO PACIENTE: ANDERSON BARBOSA DA COSTA				
DIAGNÓSTICO: SIND. FIEBIL. ALE				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
22/08/2019	1. DIETA ORAL LÍQUIDA			22/08
	2. AVT			22/08
	3. SF0,9% 500 ML EV DE 12H2 II			22/08
DN	4. CLAVULIN 1G EV 8/8H			22/08
	5. OMEPRAZOL 40 MG VO QD EV PELA MANHÃ			22/08
	6. DIPIRONA 1G EV 6/6HS SN			22/08
	7. PLASIV 10MG EV 8/8H SE NÃO OSEAS DO VÔMITOS			22/08
	8. CAPTOPRIL 25MG VO SF PA>=160/110MMHG			22/08
	9. GLUCOSE 50% 40ML EV SE DX<=70MG/DL			22/08
	10. SSVV 6/6H - CCGG			22/08
	11. FRAMMAL 100MG - SF0,9% 100ML TV 8/8HS SN			22/08

Anders Barbosa da Costa
Assinatura do paciente

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI		
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI		
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI	Chamar Plantão	
CII 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA		100x40		
FC		96		
Tax		96/dt		
FR				
Exame físico				
Diurese				
Dextro		138		
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

Marta Helena L. Silva Chen
Técnica em Enfermagem
COPEN-RR 073.397 1º

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu André Luiz Sales de Lencastre come

Sou informado que presente Termo de Consentimento esclareceu tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is)erei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Foi informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Fui informado que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário o, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estou sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autoriza qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirma que recebi explicações, li, compreendi, autoriza e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ (Assinatura de Parentesco)

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) procedimento(s) acima descritos. Acrescento que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, ____ de ____ de 20 ____ Hora: ____

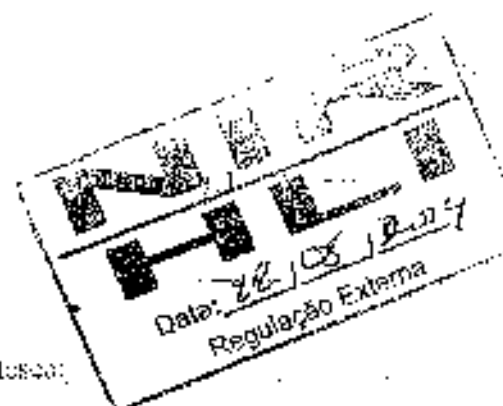
Nome Completar:

Assinatura do Médico Regulator

Carlos Roberto de Sá
Médico - CRM 125588

Assinatura do Médico Regulator

CRM



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

HOSPITAL		10.074	
NOME DO PACIENTE Anderson Barbosa da Costa			
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF
R. Ademário Santos nº 502. Lourdes		BV	RE
CPF	DATA NASCIMENTO	SEXO:	CONDIÇÃO:
	14.12.77	MASCULINO ☒ FEMININO	CONJUGE ☐ FILHO ☐ IRMÃO ☐ OUTROS ☐
		1	2
		3	4
Nº C.F.C.I.	Nº REGISTRO DE NASCIMENTO	PIS/PASEP/Individual	
NOME DO RESPONSÁVEL Maria de Fátima Barbosa da Costa			
Nº DA C.A.T.	C.G.C.I.XX EMPREGADOR		
CPF MED. SOLIC.	PROC. SOLICITADO	CART. INT.	DATA EMISSÃO
07066374			02.06.08
CPF MED. RESP.		ASS. MED. R-SP.	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Hipertensão arterial + cardiopatia

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA

Arteriosclerose + Exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hipertensão arterial + Cardiopatia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Medicamentos + Exame físico

ASS. E CAR. MED. DO MÉDICO SOLICITANTE EXAMINADOR

CRM

88884

DATA

02/06/08

CLÍNICA

CIRURGIA

1 ☒

PSIQUIATRIA

4 ☐

OBSTETRICIA

2 ☐

FISIOLÓGICA

5 ☐

GER. MÉDICA

3 ☐

PEDIATRIA

6 ☐



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

20. Hospital de São Paulo + Hospital de São Paulo

QUARTO 18

LEITO 4

Nº DO REGISTRO

10074

UNIDADE/SECTOR:

H.C.R.

NOME DO PACIENTE:

Andréerson Costa Ramos

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

Dr. Celso Roberto + Equipe

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORARIO

OBSERVAÇÕES

08/01/2008 08:00

200

Monitoria

09/01/2008 08:00

12:00

24:00

10/01/2008 08:00

24

Monitoria

11/01/2008 08:00

24

Monitoria

12/01/2008 08:00

24

Monitoria

Prescrição de medicamentos a serem utilizados no tratamento do paciente.

Ass. de enfermagem

Alta nos próximos dias

Orientações:

Dr. Celso Roberto + Equipe



Governo do Estado de Roraima
"Amazônia: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
* 03/06/08 07:25h	Nome: Anderson Costa Gomes. Prima vez em meio de quadro de crise de sono quando nota diminuição em região inguinal (D), e irradiação p/ região de tórax lateral (D), queixa álgica moderada, que recebe espirometria. Neg. outros sintomas, neg. uso de tabaco. AR: sat. 100% ACV: sat. 100% Med: físico, plano, FHA (2), M 116, peso M 60kg de altura 1,70m. (Ant. inguinal e no tórax, a manobra de Valsalva provoca de forma regular irritação (D) + chiado umbilical de ruído torácico. Ed: ausência de edema. Neg. uso de medicamentos controlados. Neg. abuso de
04/06/08 7:20h	1º DR. Neurologista, Exame (D) a Exatidão e hemiparesia unilateral. Faz teste de Romberg. No exame físico - de dor local nos fúndos

Assinatura Responsável
COREN Nº



Dra. Juliana Affonso
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1002

27



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT. OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Anderson Barbosa da Costa 30 ^º	118-4	10.074	03/06/10

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
Hernia Inguinal D	08:25	10:00	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA
Dr. Gilberto	Dr. Rudes
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
Acad. Carrizano	
2º AUXILIAR	CIRCULANTE
Acad. Bruno	Fabio

TIPO DE ANESTESIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Raque	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
17	CATGUT SIMPLES N° 2-0		1	HORAS DE OXIGÊNIO	
7	CATGUT SIMPLES N° 3-0			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO 50cc	
	CATGUT SIMPLES N° 3-0			FRASCO SORO Ringer/Lactato 500ml	
	CATGUT N° 3-0			FRASCO SORO GLICOSADO 50cc	
	CATGUT CROMADO N° 3-0			FRASCO SORO GLICOSA 50cc	
	CATGUT CROMADO N° 3-0			XILOCAÍNA 50cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		7	MAXIDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			BUOTRANE	
	FIOS DE SEDA N°		1	PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
1	MUNONYLON COM AGULHA 2.0, 30			ETER	
100	MUNONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
1	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINC	
1	PARS DE LUVAS N° 7 1/2 / 8 1/2			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO 100cc			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOLATE	
170	COMPRESSAS			MERCÚRIO CROMO	
7	LÂMINAS PARA BISTURI 20/15				
7	Seringa sul 10ml				
	SOMA			SOMA	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITO NA C.C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	EMPENHADOR(A)	MATERIAL		
	Dr. Francisco	RECURSAMENTOS		
PRINCIPAL(AR) CÁLCULOS	FUNIONÁRIO(AS) C.C. DO PACIENTE	TAXA DE SALA		
	PEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE ANESTESIA		
			SUB-TOTAL	
			SOMA	
EMTE ESTE FOMULÁRIO À CONTABILIDADE				

BOLETIM OPERATÓRIO

Andrésson Costa Pereira
118-4 Pat 10074

Data 03/08/2008

O.S. 05

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Hernia Inguinal (D) + contusão

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Hernioplastia Inguinal (D) + contusão

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Levofloxac 2g

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Hernia Inguinal Nylon (D) + contusão

CIRURGIÃO:

Dr. Andrésson

1º AUXILIAR:

Acad. Cassiano

2º AUXILIAR:

Acad. Bruno Ribeiro

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

Raquelino Alves

ANESTESISTAS:

Dr. Roberto

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

8:20

FIM:

9:35

DURAÇÃO:

1h 15m

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Antissepsia e asspsia;
- 2) Incisão Inguinal
- 3) Dissecção da parede anterior do abdome
- 4) Identificação dos vasos e nervos
- 5) Incisão medial a vasos e nervos inferiores
- 6) Redução dos órgãos do abdome e fechamento da parede anterior
- 7) Incisão para a colocação do nylon
- 8) Colocação do nylon tipo Vipro 400
- 9) Redução dos órgãos do abdome e fechamento da parede anterior
- 10) Redução dos órgãos do abdome e fechamento da parede anterior
- 11) Redução dos órgãos do abdome e fechamento da parede anterior
- 12) Redução dos órgãos do abdome e fechamento da parede anterior
- 13) Redução dos órgãos do abdome e fechamento da parede anterior



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA DE ANESTESIA

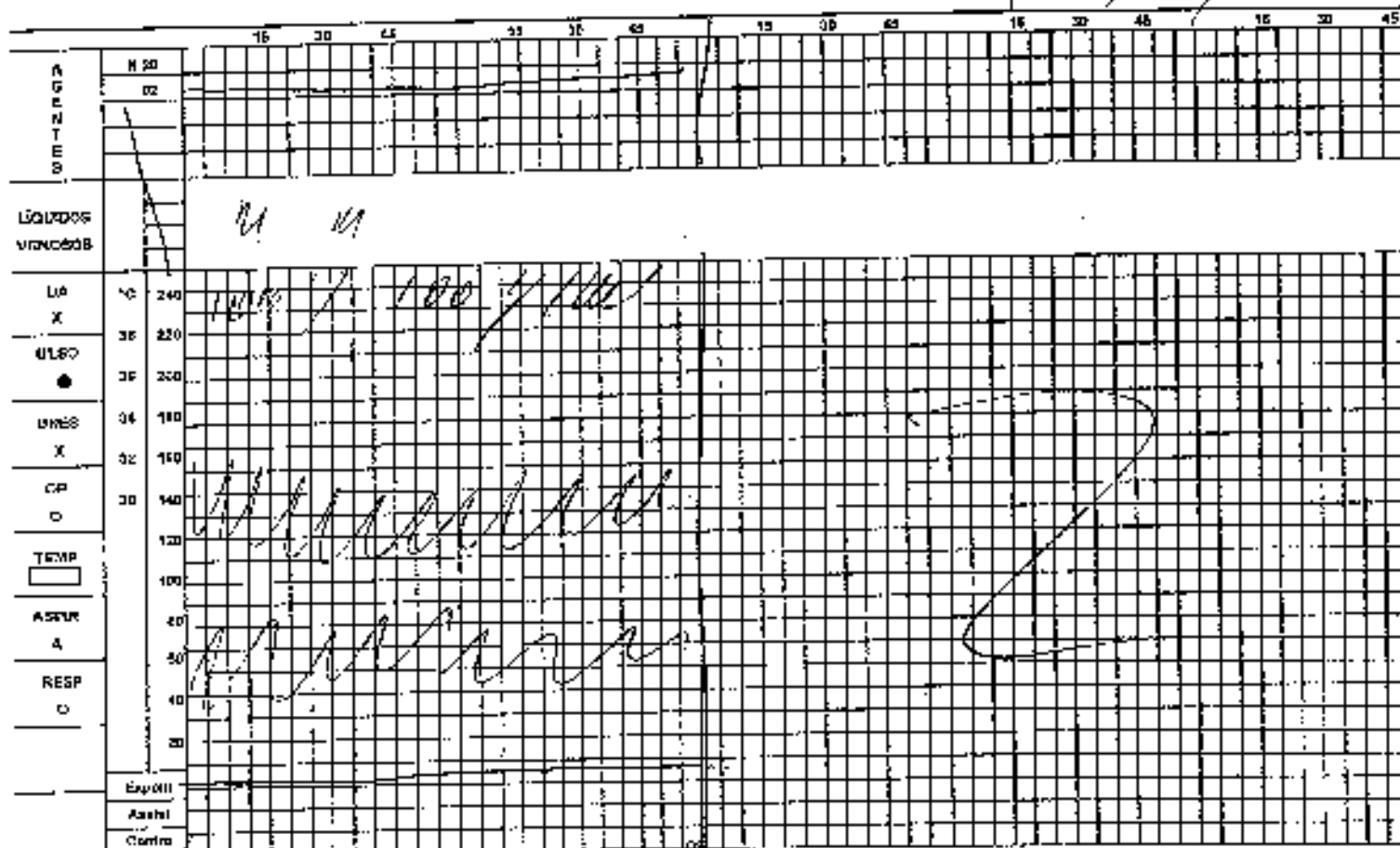
Induana Costa

30/05/08

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - JICRA - EFEITO

Nº

316/08



SINAIS

AGENTES	DOSES	TECNICAS	ANOTAÇÕES
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Clareza - Memória - Reflexos	
VDOP		Risco / Ombreiras - Caga	
SANGUE		Bul - Tapp - Coluna do Tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESISTA	CÓDIGO	QUIRÓFANO	PERDA SANGÜÍNEA



GOVERNO DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Realma - PAAR / PSFE
Av. Brigadoiro Eduardo Gomes, 3300

1ª Classificação: ☒ VERDE

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Escuro

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Escuro

Raquel L. Sales

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Escuro

801134414

21/07/2019 14:16:01

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

DIURNO 07-19

140

Paciente

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data Nascimento

14/12/1977

Idade

41 A 6 M 28 D

CNS

700502361247350

GPF

44695152215

Prontuário

00010076

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Rep/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE

132839

Nome

MARIA DE FATIMA BARBOSA DACOSTA

Pat

JOSE RODRIGUES DA COSTA

Contato

(95) 99169-8401

Endereço

RUA - CASIMIRO DE ABREU - 87 - CANARINHO - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

VERDE

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº de Controle

Validade

Autorização

Sis. Prontuário

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Pago

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM

URGÊNCIA

Sector

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

36.60

120 x 60

PRONTO ATENDIMENTO

DEMANDA ESPONTANEA

Registrado por:

CASSIO LIMA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomas Respiratórios

☐ Suspeita de Dengue

RETORNO PARA REAVALIAÇÃO MÉDICA APEDIDO DO DR NUNES; DORMENCIA EM MSE e MIE;

Anamnese da Enfermagem

NEGA HAS; NEGA DM; NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

GSC

AD: 234 RM: 12345 NRV: 128456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X

☐ ULTRA-SOM

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Declaração Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Reavalia

☐ Transferência para

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IM, Antagonismo Patológico

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impressão por: ror.tean
Data Hora: 21/07/2019 14:22:19

Impressão por: ror.tean
Data Hora: 21/07/2019 14:22:19



BLOCO A *Alta* : 15/07/19

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

DECLARAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

André Lima Pereira da Costa

2 - DATA DO NASCIMENTO DO PACIENTE (DD/MM/AAAA)

10/05/2016

19/12/77

6 - Nº DO HISTÓRICO

10074

10 - NOME DA MÃE (OUTRO RESPONSÁVEL)

Maria de Fátima Barbosa da Costa

05191699401

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Cosmiano de Almeida 97 Laranjeiras

13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

14 - CDD. ISEE NÚMERO

140010 R.R. 69312277

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Hemiparesia e Esquela direita
hematoma subdural crânio*

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Hematoma subdural crânio

25 - CID ICD-10



PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de drenagem de hematoma

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

27 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO (UNBPH) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E GRAMADO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

35 - DATA DA OCORRÊNCIA

37 - Nº DO HOSPITAL

38 - CID-10

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - CNPJ EMPRESA

40 - CATEGORIA DA EMPRESA

41 - CDD

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

PREVIDENCIADO

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APRESENTADO

NÃO DECLARADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD. CATEGORIA DO PROFISSIONAL

45 - Nº DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DATA

47 - ASSINATURA E GRAMADO DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E GRAMADO DO REGISTRO DO CONSELHO

*0403010306
I620*

V-1

14/02

Arriba from Buelna de Certe

Del hie all mudi nide

fore fore 500e 12/14

Suave vlt

98 96



- Quimata ppm P1
procativento cimafico
amondor pto neuocinogio

38w
P.O. 384178
PC 72
Buenos Aires
MONTAÑELOS 1974
H. E. E. E. E. E. E.
CUREN SA 1974

Sancho Edición
ENFERMERIA
CUREN-PR-77022

BOLETIM OPERATÓRIO

Anderson Baroni Lima

Data: 12, 07, 19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: histerectomia subtotal com anexos
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Hipertensão uterina
 TIF DE INTERVENÇÃO: Criectomia / drenagem
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Mário S. J. J. J. 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: gto / pto
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Insuflação de gás CO₂ /
- Criectomia
- histerectomia
- apertura de drenagem
- apertura de capsula
- Amarração de utero histerectomia
- fechamento por plano

Dr. Mario S. J. J. J.
 CRM-SP 373

ANDERSON BARBOSA DA COSTA

12107 (P)

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - MÔDO - EFEITO

- Nitrobenzol 25 kg
- Benzol 50 kg

N

$$H^1(\mathbb{R}^n, \mathbb{R}) \cong \mathbb{R}^n$$
[illegible]

10/10/2000



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 41	APT DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Amélia Maria da Costa			00012094	12 / 07 / 2019

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Drenagem de Hematoma Subcutâneo	INICIO	FIM
	09:40	09:51
		TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
Dr. Mario Santa Cruz	ANESTESISTA: Dr. Fabiano
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. (Sr.) Jone
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR: Eva
	CIRCULANTE: Jélio e Stefany

TIPO DE ANESTESIA: Sedação venosa e infiltração	TEMPO DE DURAÇÃO:
QUANT. MATERIAIS VALOR	QUANT. MEDICAMENTOS VALOR
12 PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	1 FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
12 PACOTES GAZE	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1 LUVA ESTÉRIL 7.0	FRASCOS- SORO GLICOSADO
1 LUVA ESTÉRIL 7.5	FIO VICRYL Nº
1 LUVA ESTÉRIL 8.0	FIO MONONYLON Nº 2.0, 3.0
1 LUVA ESTÉRIL 8.5	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
12 LUVAS IV PROCEDIMENTOS	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
12 LÂMINA BISTURI Nº 35, 20	FIO CATGUT SUTURADO Algodão, algodão
1 DRENO DE SUÇÃO Nº	FIO CATGUT SUTURADO Jélio e 16
1 DRENO DE TORAX Nº	FIO PROLENE Nº
1 DRENO DE PENROSE Nº	FIO SEDAL Cera 7/0
1 SERINGA 01ML	SURGICEL
1 SERINGA 03ML	CERA 14-0880 clonidina 100mcg
1 SERINGA 05ML	100ml KIT CATARATA Nº clonidina 100mcg
1 SERINGA 10ML	100ml GEFOAM Alcool 90%
1 SERINGA 20ML	1 FITA GARDIA Colchon D ²
1 Agulha 40x12	1 OUTROS: Etilato

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE	SUB- TOTAL	
20/07/2019	TAXA DE SALA	
FUNCIONÁRIO(CALCULOS)	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Nome: André Luiz Balthazar da Costa

Data de Nascimento: 14/12/1984 Idade: 24

Sector/Elfio: _____

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestésico: () Sim () Não

Data: 12/03/14

ADAPTAÇÃO OPERATÓRIA

INTRODUÇÃO OPERATÓRIA

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

Entrada no	Início da	Médo da	Término da	Término da	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais
Sala	Anestesia	Cirurgia	Cirurgia	Anestesia			
09:20	09:30	09:43	09:57	10:00			

ANAMNESE DO PACIENTE

Nome: André Luiz Brito da Costa
 Endereço: Rua da Moura, 100, São Paulo

Idade: 22 Anos
 Sexo: M

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro

Religião: Cristão

Estado de Saúde: Bom

Antecedentes: Não

Alérgico: Não

Doenças: Não

Medicamentos: Não

Operações: Não

Outros: Não

Exatidão de dados: Sim

Observações:

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Exatidão de dados: Sim

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João

Atendimento: Dr. João



Hospital de Base de Curitiba
Av. 7 de Abril, 100 - Curitiba - PR

102-2 PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Andréa - Pástor da Costa

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

12/03/14

Def. hme. Neurol. Adrenal
Def. hme. Endocrinol.
Def. hme. Nutri. e Diet.
Def. hme. Fisiol.

SAU
Def. hme. Nutri. e Diet.
Def. hme. Fisiol.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.
Def. hme. Fisiol.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.

Def. hme. Nutri. e Diet.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	#####	DN	
PACIENTE	ANDERFESON BARBOSA DA COSTA		
AGNOSTI	POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N.		
IDADE		LEITO	102-2 DATA 14/Jul/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	Dieta oral livre	SAD	
2	ACESSO SOROLIZADO	Monte	
3	SFI 9% 500ML EV ACM	ACM	
4	DETRONA 1 AMPOLA SV 6/6 II	14/07-21/07	
5			
6			
7			
8			
9			
10	CABECEIRA ELEVADA 45°	Monte	
11	DEAMBULAÇÃO	Estrela	
12	SINAIS VITAIS 6/6 II	Rafael	
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA		
16	REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250		
17	2UI 250-300 4UI 300-350 6UI 350-400 8UI 400-450		
18	10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L GLICOSE 50% 40		
19	ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS

Horário	T	P	R	PA
12h	35,6°C	79	17	111/78
18h	35°C	73	17	106/73
24h	35,8°C	80		110/78
06h	36,5°C	74		115/71

Plantão diurno de 13.07.19,
07h - 19h Paciente no leito,
estável, foi realizada a troca de
curso venoso, 7.20 em mso. Foi
afirmado sinais vitais e adm. medi-
cação conforme prescrição. Tem
sinais a reafirmar, segue com
cuidados de enfermagem.

Resposta A. Delamato
Téc. em Enfermagem
CRM-RR 053360

14.07.19

OBS: Realizados medica-
ções com a aferição SS
Paciente segue se
intercorrência e os
cuidados de enferma-
gem.

Dr. J. C. Figueira
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 053360

M
Dr. MARIO D. SANTOS
Neurocirurgião
CRM-RR 072

Alto

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		#####	DN		
PACIENTE	SEBASTIAO ALVES DE ALMEIDA				
AGNOSTIA	POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE		LEITO	120-2	DATA	15/Jul/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				DIÁRIO
1					
2	ALTA HOSPITALAR				
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
16	REGULAR (SO) CONFORME ESQUEMA: 100-250				
17	2UI: 251-300; 4UI: 301-350; 8UI: 351-400; 8UI: > 400				
18	10 UI E OU GLICOSE < 70 D/ML GLICOSE 50% 20				
19	ML EV. AVISAR PLANTONISTA				
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Celso Figueiredo, 100 - F. 1
 Nova Boa Vista - 69200-000 - Boa Vista - RR
 (68) 3622-0000
CONFIRMAÇÃO
 01 OUT. 2019
 Carimbo e Assinatura do Profissional
 Nome e Assinatura do Profissional
 15/10/2019

901140024 25/07/2019 07:45:24 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA URGÊNCIA 37-19 E

Paciente: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA Data Nascimento: 14/12/1977 Idade: 41 A 7 M 11 D CNB: 700502361247356 CPF: 44695152215 Produto: 00010074

Documento: 132939 Orç. Emissão: Data: Emissão: Sexo: M Estado Civil: PARDI Raca/Cor: PARDI Naturalidade: BRASILEIRA

Mãe: MARIA DE FATIMA BARBOSA DA COSTA Pai: JOSE RODRIGUES DA COSTA Contato: (95) 99189-9401

Endereço: RUA - CASIMIRO DE ABREU - 97 - CANARINHO - BOA VISTA - RR Duração: NÃO INFORMADA

Categoria de Risco: VERDE Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº de Cartão: Validade: Autorização: Se Precisa:

Motivo do Atendimento: SFA - PRONTO ATENDIM Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atende: Processando: Tempo: 36.30 Fecho: 120 x 80

Sector: PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Processamento: Registro por: CASSIO LIMA

Queixa Principal: PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO. INFORMA QUE SEMPRE A TARDE SENTE MAL ESTAR.

Anamnese da Enfermagem: NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA GSC: 10.1234.7612345 MRA: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) Paciente comparece com relato de febre, tosse, dor no peito, mal estar, cansaço, e os sintomas começaram há 10 dias. Não houve febre alta, nem tosse com expectoração. Não houve dor no peito, nem mal estar, nem cansaço. Não houve febre alta, nem tosse com expectoração. Não houve dor no peito, nem mal estar, nem cansaço.

Exame Físico: S.A.: MU (+) Capilares periféricos presentes. Obesidade moderada. S.O.: R.R., R.S., B.O. SPO₂ - 95%.

Hipótese Diagnóstica: S. Febril A/c

SAUT - Exames Complementares

() RAO-X () ULTRASON () TCC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Conduta

() Alta por Decisão Médica () Ambulatório () Alta a Farmácia () Observação (Alta 24h) () Alta a Hospital () Imunização () Transferência para: Data e Hora da Saida/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () S.A. Antônio Pato Costa

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura: Jéssica Holanda Data Hora: 25/07/2019 07:45:04

CRM/R 1049

101-0021



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE André Luiz Gonçalves da Costa 61 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 12 / 05 / 20 COM
 DIAGNÓSTICO DE Infarto do Miocárdio

Nº DIA 1 / 1 / 1 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE uma unha SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E D8

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____/____/____, ÀS ____:____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23/05/2019, ÀS 14:00, COM O
DR. T. J. Junior

ORIENTAÇÕES GERAIS

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

BOA VISTA, 16. 1. 54. 1. 29

新刊



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO MÉDICO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma 07/04/2019; fratura luxação de antebraço esquerdo + rádio distal + 2° e 3° metacarpo esquerdo; CID 10 S-51.7 S 52.5

Realizou cirurgia osteossíntese ossos antebraço com placa DCP no HGR + fixador de colles no dia 07/04/2019. Dia 25/05/2019 realizou cirurgia (privado), de osteotomia + osteossíntese de fratura luxação radio distal + 2° e 3° metacarpo + retirada de fixador externo de colles.

Cirurgia de aproximadamente três (03) horas, duração do tempo de internação de 2 dias; a não realização da cirurgia acarretaria em sequela a medida que não fosse realizada a cada dia, ressaltando que no SUS não estava sendo viável a realização deste procedimento porque não possuía material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia. Tendo em vista que a espera pelo TFD (tratamento fora de domicílio) não oferecia benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na probabilidade de sequelas.

Paciente hoje com fio de K sob 2° e 3° metacarpo e radio distal. Necessitará de nova cirurgia para retirada de fio + artroscopia.

ORÇAMENTO:

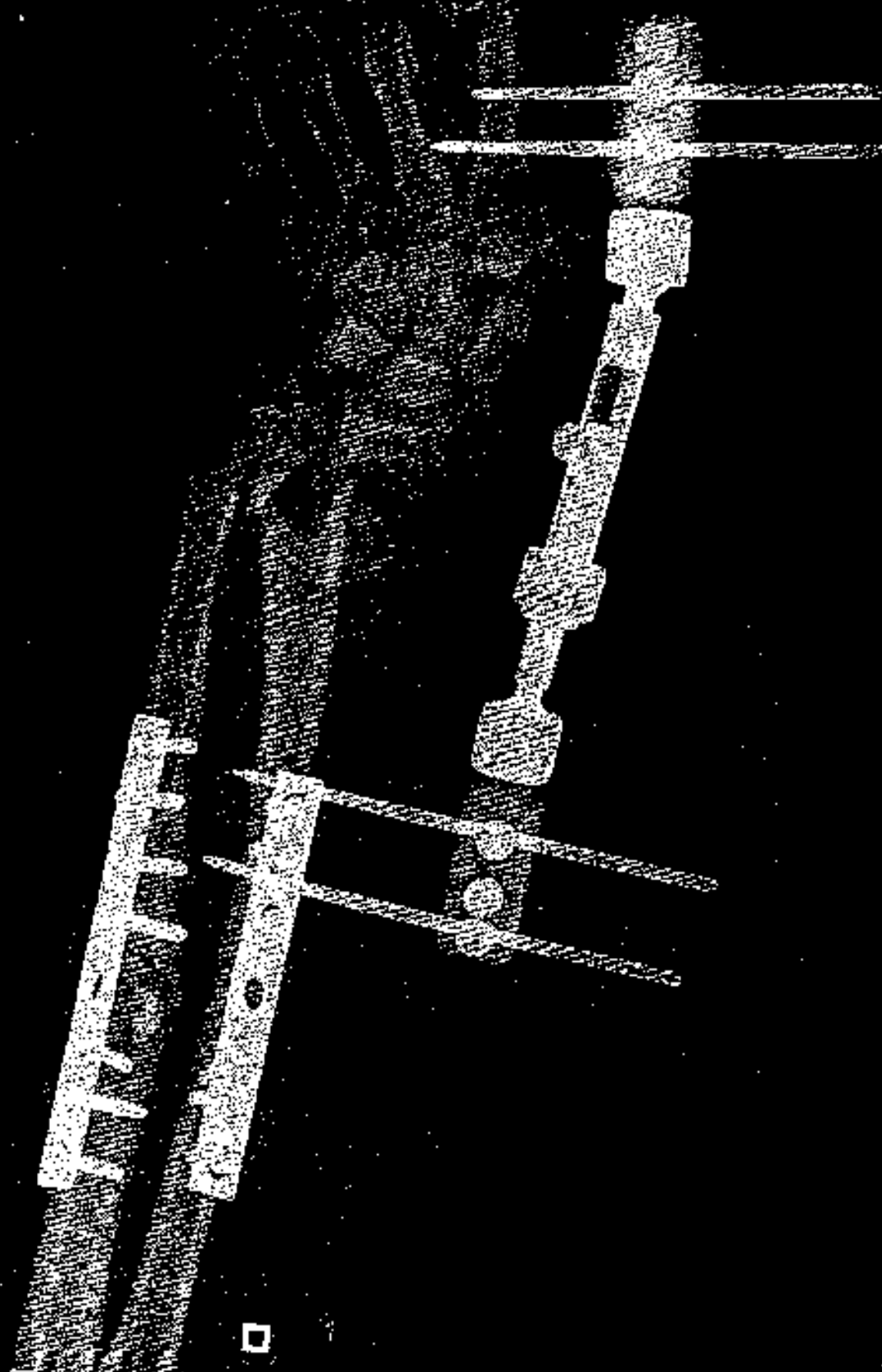
Valor da cirurgia 40.000,00 — incluindo 02 cirurgiões ortopedista e 01 anestesista, 1 instrumentador, material da cirurgia, valor da estadia no hospital, exames pré operatórios.

Boa Vista — RR 05 de Junho de 2019

Dr. ILDERSON P. SILVA
CRM/RR 1733 RQE 678

Centro de Especialidades Médicas Rua Alfredo Cruz, 687 — Centro — Boa Vista/RR
Contato 3624-2494 / 99120-1467 / 98100-9189

Dr. Ilderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1733 RQE 678



ANDERSON BARBOSA COSTA 4754

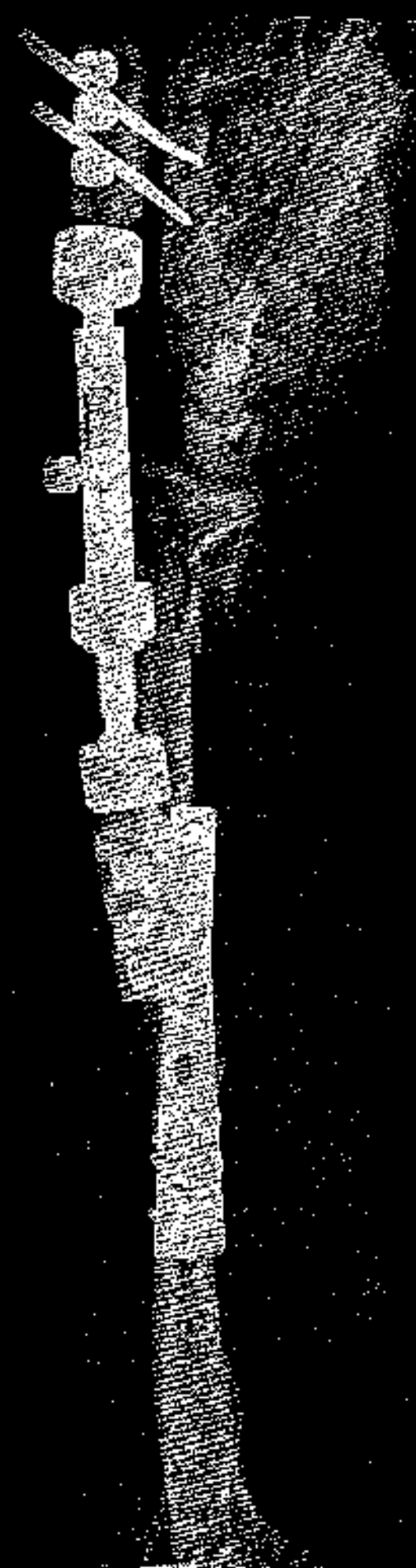
HOSPITAL CORONEL MOTA

10/05/2019

Francineide

80,4 %

III



ANDERFERSON BARBOSA COSTA 4754

HOSPITAL CORONEL MOTA

10/05/2019

Francineide

74.4 %



ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

27/06/2018

Francisco de

67.7 %

33
34
35

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

27/08/2019

Francinilde

61.7%

D



ANDERSON BARBOSA COSTA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

07/06/2019 16:41:14

07/06/2019 16:41:14

BRASIL - EDIÇÃO BRASILEIRA

07/06/2019

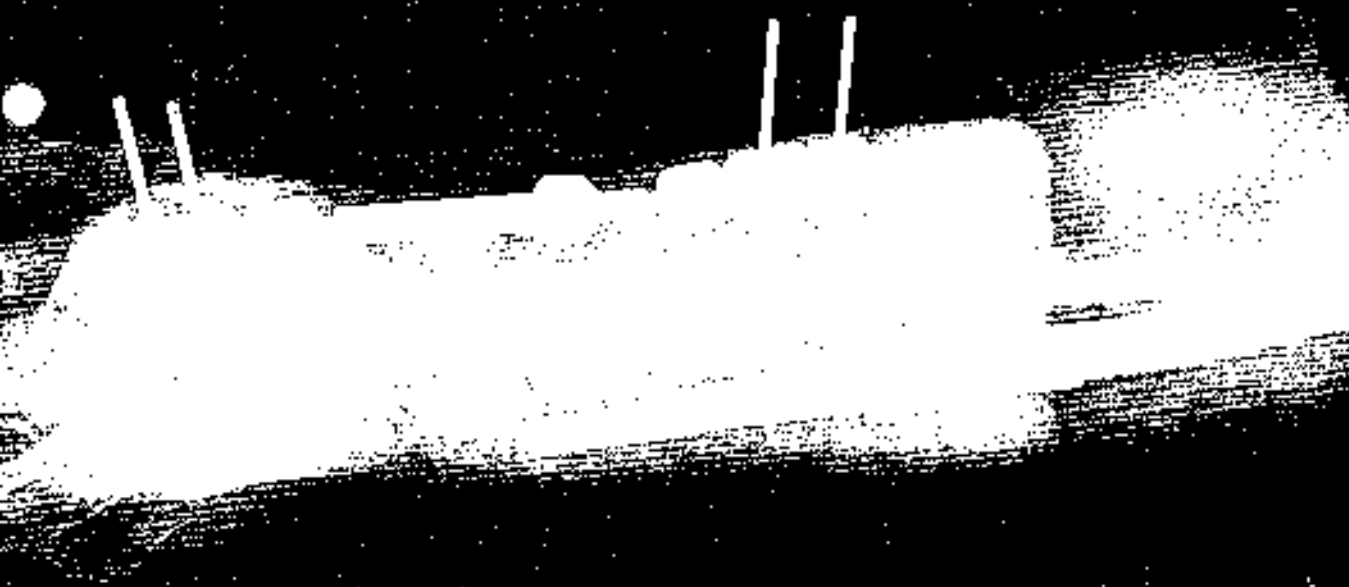
110

AVUEPSON DABROPA DA COSTA

HOSPITAL GERAL DE ROBATIMA

7/10/2019 10:51:24

15.1.3

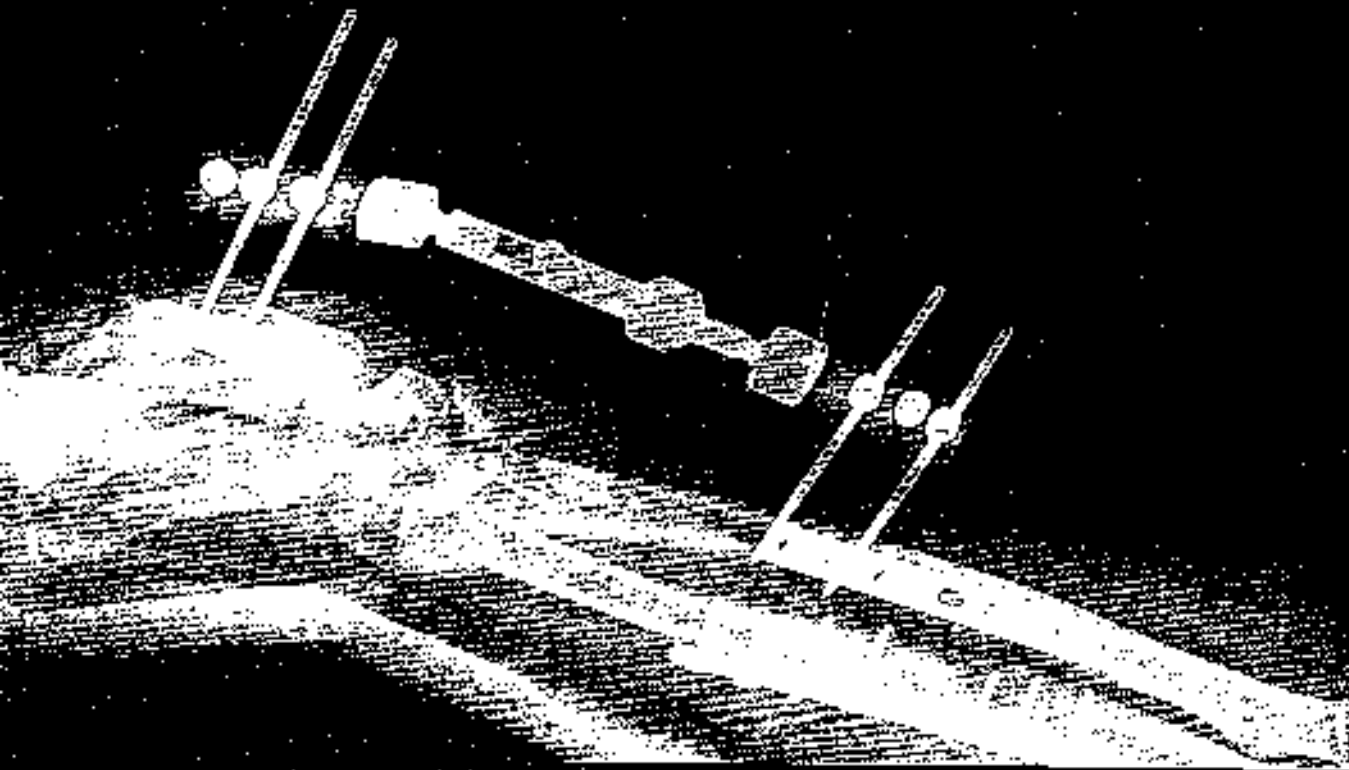


16.03.19

ANDERFESON B. COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16.03.2019 17:24:04



16.03.19

16.03.2019 17:24:04



D

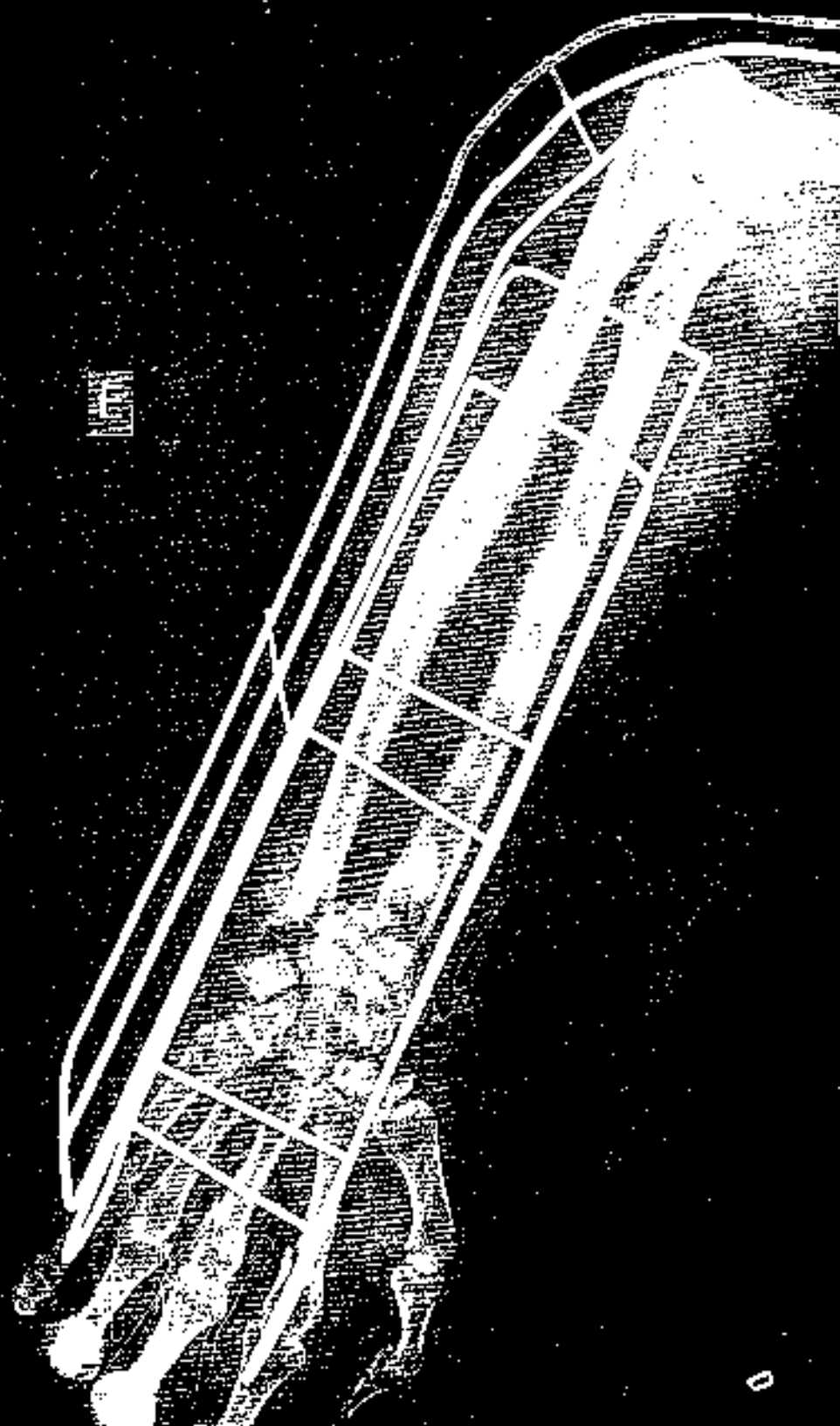
27/06/2019

73,0 %

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

Francineide



ANDERSON HARRISON DA COSTA

RCP 67

20/12/78 0:54:44

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

04.0.54



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma 107/04/2019; fratura luxação rádio distal + ossos do antebraço + fratura 2° e 3° metacarpo esquerdo; CID 10 S-52.5 S-52.6 S 52.4 S 62.3.

Necessita de cirurgia (osteotomia + osteossíntese de fratura luxação rádio distal + retirada de fixador externo de colles do antebraço), com uso da placa volar rádio distal e/ou fio K, Cirurgia de aproximadamente duas (02) horas, duração provável do tempo de internação de aproximadamente 2 dias; a não realização da cirurgia acarretará em sequelas a medida que não é realizada a cada dia, ressalto ainda sob o risco de Infecções hospitalar em paciente, ressalto que no SUS está inviável a realização deste procedimento porque não possui material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia.

Tendo em vista que a espera pelo TFD (tratamento fora de domicílio) não oferece benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na probabilidade de sequelas.

Paciente hoje ainda com luxação mais sinais de consolidação viciosa,

Documentos necessários para o ingresso com ação judicial com pedido de realização de cirurgia:

- **Laudo médico recente, necessariamente do SUS, especificando a doença, no caso a fratura, e a necessidade da realização da cirurgia, sendo especificado o nome da cirurgia, a urgência e as possíveis complicações caso a cirurgia não seja realizada ou demore muito para acontecer.** Também deve constar no laudo médico se existe a necessidade de utilização de equipamentos específicos na cirurgia como, por exemplo, arco cirúrgico (aparelho de imagem), placas e parafusos e etc. Se possível no laudo médico pode constar a impossibilidade da realização da cirurgia no SUS;
- **2 (dois) Orçamentos dos Hospitais para a realização da cirurgia (Unimed, Lott) especificando os custos de aparelhos especiais necessários com por exemplo arco cirúrgico (aparelhos de hemodinâmica/intensificador de imagem);**
- **Pelo menos 2 (dois) orçamentos das equipes médicas com custo da realização da cirurgia;**
- **3 (três) Orçamentos dos materiais necessários, por exemplo placas e parafusos;**
- **Comprovante de conta bancária, especificamente no nome da paciente;**
- **Documentos pessoais, identidade, comprovante de residência;**



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO MÉDICO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma
07/04/2019; fratura luxação de antebraço esquerdo + rádio distal + 2º e 3º
metacarpo esquerdo; CID 10 S-51.7 S 52.5

Realizou cirurgia osteossíntese ossos antebraço com placa DCP no HGR
+ fixador de colles no dia 07/04/2019. Dia 25/05/2019 realizou cirurgia (prlvado),
de osteotomia + osteossíntese de fratura luxação radio distal + 2º e 3º
metacarpo + retirada de fixador externo de colles.

Cirurgia de aproximadamente três (03) horas, duração do tempo de
internação de 2 dias; a não realização da cirurgia acarretaria em sequelas a
medida que não fosse realizada a cada dia, ressaltando que no SUS não estava
sendo viável a realização deste procedimento porque não possuía material no
centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia. Tendo em
vista que a espera pelo TFD(tratamento fora de domicílio) não oferecia
benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na
probabilidade de sequelas.

Paciente hoje com fio de K sob 2º e 3º metacarpo e radio distal.
Necessitará de nova cirurgia para retirada de fio + artrolise.

ORÇAMENTO:

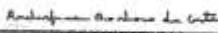
Valor da cirurgia 40.000,00 – incluindo 02 cirurgiões ortopedista e 01
anestesiologista, 1 instrumentador, material da cirurgia, valor da estadia no hospital,
exames pré operatórios.

Boa Vista – RR 05 de Junho de 2019

Dr. ILDERSON P. SILVA
CRM/RR 1733 RQE 676

Centro de Especialidades Médicas Rua Alfredo Cruz, 687 –Centro – Boa Vista/RR
Contato 3624-2494 / 99120-1467 / 98100-9189

Dr. Ilderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1733 RQE 676

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		ANDERFESON BARBOSA DA COSTA		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA		132939 SSP RR	
		CPF		446.951.522-15		DATA NASCIMENTO	
				14/12/1977			
		FILIAÇÃO		JOSE RODRIGUES DA COSTA			
				MARIA DE FATIMA BARBOSA DA COSTA			
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AD C	
Nº REGISTRO		02333776652		VALIDADE		31/10/2023	
				1ª HABILITAÇÃO		27/08/1996	
OBSERVAÇÕES							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		BOA VISTA, RR		DATA DE EMISSÃO		01/11/2018	
ASSINATURA DO EMISSOR				ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES		51309348693	
		DIRETOR PRESIDENTE		DETRAN-RR		RR209865890	
RORAIMA							

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1745556460

PROIBIDO PLASTIFICAR 1745556460

DF AC AL AP AM BA CE ES GO MA MT MS MG PR PB RJ RN SE TO