

**Consulta de Veículos na Base Local**

Consulta Local por Placa: NAM0945

Situação: **1-EM CIRCULACAO****DADOS DO VEICULO**

Placa: NAM0945 Chassi: 9C2JC4110AR633401 Renavam: 00208755977 Remarcado(S/N): N  
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 002844-HONDA/CG 125 FAN KS  
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO  
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2010 / 2010  
Cor: 11-PRATEA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124  
Carroceria: 999-NAO APLIC. Nº Motor: JC41E1A633401 Nº Cambio:  
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:  
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 06/05/2010 Taxi: NAO  
Ano Último CRLV Emissão: 2015 Ano Último Licenciamento: 2015 - Autorizado em 13/12/2017  
Observações: PROIB SAIR AMAZ OCID  
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Número do Lacre: 0016942027RR

Número de autorização:

**DADOS DO PROPRIETÁRIO**

Nome: ARAUJO E SARRAIVA LTDA CPF/CNPJ: 07.573.569/0003-57  
Endereço: AV VILLE ROY Nº: 6643 Bairro: CENTRO  
Complemento: Cidade: BOA VISTA Cep: 69301000  
Data Aquisição 0km: 03/05/2010 Valor 0km: 5540,00  
Data Transferência: 03/05/2010 Valor: 5540,00 Nº Doc. Aquisição: 03819

**PROPRIETÁRIO ANTERIOR**

Nome: RORAIMA MOTORES LTDA

CPF/CNPJ: 04.050.068/0003-06

UF: RR

**DADOS DA DOCUMENTAÇÃO**

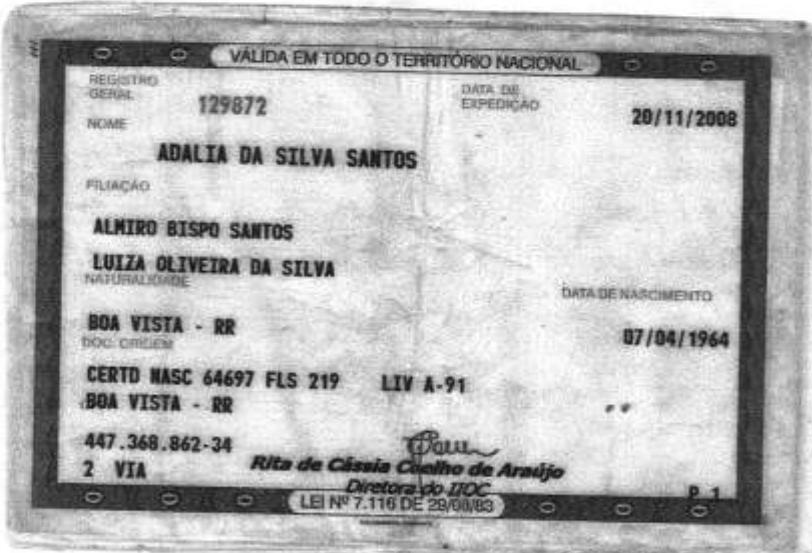
Data CRV: 06/05/2010 Nº CRV: \*\*\*\*\* Data CRLV: 13/11/2015 Nº CRLV: 010216387407

**RESTRICOES**

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Observações: PROIB SAIR AMAZ OCID

Nº Restrição:



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

563738

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429747/19

**Vítima:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA

**CPF:** 004.007.762-43

**Data do acidente:** 29/06/2019

**Titular do CPF:** ALEX DOS SANTOS  
PEREIRA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALEX DOS SANTOS PEREIRA : 004.007.762-43**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 03/12/2019

Data do cadastramento: 03/12/2019

Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 004.007.762-43

CPF: 104.396.626-99

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673138      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA      **Data do acidente:** 29/06/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO E REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES. FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

## 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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673138      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA      **Data do acidente:** 29/06/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME, DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO QUE ESTÁ COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO. TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DA PELVE EM LIVRO ABERTO E REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES. FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673138      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA      **Data do acidente:** 29/06/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 12/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PELVE EM LIVRO ABERTO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190673138      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA      **Data do acidente:** 29/06/2019      **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

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

**Data da análise:** 12/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PELVE EM LIVRO ABERTO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429747/19

**Vítima:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA

**CPF:** 004.007.762-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/06/2019

**Titular do CPF:** ALEX DOS SANTOS PEREIRA

**Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ALEX DOS SANTOS PEREIRA : 004.007.762-43**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019  
Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA  
CPF: 004.007.762-43

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

---

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

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

---

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190673138**

**Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

**Data do Acidente: 29/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190673138**

**Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

**Data do Acidente: 29/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673138**      **Vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA**  
**Data do Acidente: 29/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

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 inferiores 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: ALEX DOS SANTOS PEREIRA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000003027**

**Conta: 000000031511-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do sinistro:	3190673138
Nome do(a) Examinado(a):	ALEX DOS SANTOS PEREIRA
Endereço do(a) Examinado(a):	R JACANA 993 JD PRIMAVERA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	004.007.762-43
Data e local do acidente:	29/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 19/12/2019

**Resultado da Avaliação Médica**

**I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM CONSEQUENTE FRATURA DA PELVE- EM LIVRO ABERTO

**II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VITIMA REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR QUASE 03 MESES + REPOUSO; FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019

**III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

DEAMBULANDO COM APOIO DE MULETAS DEVIDO INSTABILIDADE MOTORA DO MID- NA INSPEÇÃO OBSERVO MID COM SINAIS DE ATROFIA, INSTABILIDADE MOTORA DE SUSTENTAÇÃO DO CORPO// TESTE DE PATRICK POSITIVO LADO D

**IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

( X ) SIM ( ) NÃO

**V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

( X ) SIM ( ) NÃO

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

MID: COMPROMETIMENTO ANATOMOFUNCIONAL EM GRAU MODERADO

**VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias.

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

**Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII) \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

  
Dr. Regina Claudia Reboucas MenDES AlHO  
Médica do Trabalho  
CRM/RR 1032  
RQE: 177

**Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)**

**Carimbo com nome e CRM**

**REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR**

# 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:  
004.007.762-43

4 - Nome completo da vítima:

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

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

5 - Nome completo:

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

6 - CPF:  
004.007.762-43

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:  
993

10 - Complemento:

TECNICO Refrigeração RUA JAGANA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:  
69.354-182

JARDIM PRIMAVERA

BOA VISTA

RR

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

confianca.est@hotmail.com (45) 98118-1200

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:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 0031511 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (vainas):  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/filhos vivos?  Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA - RR, 21 de Novembro de 2019

Alex dos Santos Pereira

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

NAO ALFABETIZADO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 29/06/2019 17:48 Data/Hora Firm: 29/06/2019 18:01  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 065298 Série J Data: 29/06/2019  
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 29/06/2019 15:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: Av. Dom Aparecido José Dias

Bairro: Cidade Satélite  
Nº: 4354

Ponto de Referência: Farmácia Olímpico  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDENILDA SIMÕES LAURINDO (ENVOLVIDO )	Sexo: Feminino	Idade: 39
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro(a)		

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua R  
Bairro: Cidade Satélite

Nome Civil: ALEX DOS SANTOS PEREIRA (ENVOLVIDO )	Sexo: Masculino	Idade: 30
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro(a)		

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Jaçanã  
Bairro: Jardim Primavera

Nome Civil: JAMILLY DA SILVA (ENVOLVIDO )	Sexo: Feminino	Idade: 14
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteiro(a)		

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Jaçanã  
Bairro: Jardim Primavera

Razão Social: POLICIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE )	
Ramo de Atuação: Órgão público	

Endereço

Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger Impresso por: Jefferson Inacio Araujo Data de Impressão: 01/08/2019 10:02 Protocolo nº: Não disponível	Página 1 de 3 PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos
--	--



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 07.573.569/0003-57	Placa NAM0945
Renavam 00208755977	Número do Motor JC41E1A633401
Número do Chassi 9C2JC4110AR633401	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 06/05/2010	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex dos Santos Pereira	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 085.479.167-17	Placa NOR7868
Renavam 00227586557	Número do Motor SMRBB236951
Número do Chassi 9BFZK53A3BB236951	Ano/Modelo Fabricação 2011/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo FORD/KA FLEX
Modelo FORD/KA FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 16/09/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Valdenilda Simões Laurindo	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado,

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Chegando ao local os Senhores Alex dos Santos Pereira e Jamilly da Silva haviam sido socorridos pelo Samu e a Senhora Valdenilda Simões Laurindo estava muito nervosa e não conseguiu informar ao certo o que aconteceu. Populares nos informaram que a senhora Valdenilda Simões Laurindo estava conduzindo seu carro (FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868) pela Avenida Dom Aparecido José Dias, sentido bairro-centro, quando ao fazer a conversão para a esquerda para entrar na rua R, não percebeu que o senhor Alex dos Santos Pereira conduzia a motocicleta (HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945) na mesma avenida mas no sentido oposto (sentido centro-bairro) ocasionando a colisão. Como o local foi violado não foi acionado a perícia. Ambos os condutores não possuem habilitação. O carro estava com a documentação em dias, a motocicleta com documentação em atraso, não sendo possível recolher ao pátio do DETRAN por falta de meios e foi entregue a familiares.

Era o que tinha a relatar.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 019532/2019

ASSINATURAS

Carlos Ernanes Benevenuto Miranda  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000447  
Responsável pelo Atendimento

Policia Militar do Estado de Roraima  
(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 e faço, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



**PMRR-1º BPM****RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL****SÉRIE J**

Nº 095298

VTR	SUOp	DATA	S/SETOR	H/Trans	H/Inicial	H/Chegada	H/Final
628	1º BPM	29/06/2019	LESTE	15:10	15:10	15:20	17:00
Código. Ocorrência		Cód. Providência		Cód. Serv. Prest.		KMI	KMF
1001/1003		13023		-----		97.523	97.538
LOCAL DA OCORRÊNCIA							
Rua/Av. AVENIDA DOM APARECIDO JOSÉ DIAS				Nº 4354	Bairro: CIDADE SATELITE		Ref. FARMACIA OLIMPICO
<b>PESSOAS RELACIONADAS</b>							
<b>1 ENVOLVIDA</b>	Nome: VALDENILDA SIMÕES LAURINDO			Idade	39 A	Estado Civil	SOLTEIRA
Endereço:	RUA R, 132, CIDADE SATELITE						
CPF	085.479.167-17	CNH	-----	Profissão:	DO LAR		
<b>2 ENVOLVIDO</b>	Nome: ALEX DOS SANTOS PEREIRA			Idade	30 A	Estado Civil	SOLTEIRO
Endereço:	RUA JAÇANÃ, 993, JARDIM PRIMAVERA						
RG:	309.121-0 SSP/RR	CNH	-----	Profissão:	TEC EM REFRIGERAÇÃO		
<b>3 ENVOLVIDA</b>	Nome: JAMILLY DA SILVA			Idade	14 A	Estado Civil	SOLTEIRA
Endereço:	RUA JAÇANÃ, 993, JARDIM PRIMAVERA						
RG:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	CNH	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Profissão:	ESTUDANTE		
<b>DANOS MATERIAIS</b>							

V1: MOTOCICLETA HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945: DANOS NA PARTE FRONTAL DA MOTOCICLETA E TANQUE.

- MOTOCICLETA ENTREGUE AO SENHOR ADEMIR FERREIRA DE LIMA, CAT AB, REGISTRO 01668319604, CGM – Inspetor de área;

V2: AUTOMÓVEL FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868: DANOS NA PARTE LATERAL DIANTEIRA DO LADO DO PASSAGEIRO NA LATARIA E RODA.

- AUTOMÓVEL ENTREGUE AO SENHOR DHEYVIDY SILVA CARDOSO, CAT AB, REGISTRO 06003715821, FUNCIONARIO PÚBLICO;

ASSINATURA	<i>Valdenilda Laurindo</i>	CARGO MATRÍCULA	APG	LOCAL	<i>3º DPP</i>
------------	----------------------------	--------------------	-----	-------	---------------

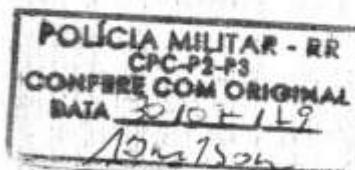
Senhor(a) Delegado(a),

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

Fomos acionados via CIOPS para averiguar ocorrência de acidente de trânsito no endereço acima citado. Chegando ao local os Senhores Alex dos Santos Pereira e Jamilly da Silva haviam sido socorridos pelo Samu e a Senhora Valdenilda Simões Laurindo estava muito nervosa e não conseguiu informar ao certo o que aconteceu. Populares nos informaram que a senhora Valdenilda Simões Laurindo estava conduzindo seu carro (FORD/KA FLEX, COR VERMELHA, PLACA NOR7868) pela Avenida Dom Aparecido José Dias, Pereira conduzia a motocicleta (HONDA/CG FAN 125, COR PRETA, PLACA NAM0945) na mesma avenida mais no sentido oposto (sentido centro-bairro) ocasionando a colisão. Como o local foi violado não foi acionado a perícia. Ambos os condutores não possuem habilitação. O carro estava com a documentação em dias, a motocicleta com documentação em atraso, não sendo possível recolher ao pátio do DETRAN por falta de meios e foi entregue a familiares.

Era o que tinha a relatar.

<i>Silva</i> ANA PATRÍCIA LOPES DA SILVA	40.861-I	CB PM	1º BPM/CPC
	CADASTRO	POSTO/GRAD.	SUOp



Adailson Santos da Silva  
Func. Civil PM/RR  
Mat. 44005023

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:  DANOS DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Número de identificação: 3 - CPF da vítima: 004.007.762-43 4 - Nome completo da vítima: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TÍPICA DE RUMO MENSAL DA PESSOA FÍSICA/ENTITADE/OUT/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SA/SEP RE-445/2007

5 - Nome completo: ALEX DOS SANTOS PEREIRA 6 - CPF: 004.007.762-43

7 - Profissão: TÉCNICO REFRIGERAGEM 8 - Endereço: RUA JASANTA

9 - Número: 993 10 - Complemento:

11 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA 12 - Cidade: BOA VISTA

13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.314-182

15 - E-mail: confiancaest@hotmaill.com 16 - Telefone: (65) 9118-1200

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL/PAIS, TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/ENTITADE/OUT/REPRESENTANTE LEGAL 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:

Dúchero, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa (ANEXAR CÓPIA).

20 - PENDAIS E/OU DÉBITOS TITULARES DA CONTA:

RECEU INFORMAÇÕES  R\$1,00 A R\$1.000,00  R\$1.500,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SÓM HONDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TÍTULOS E BEMÉDIOS:  BENEFÍCIOS DEVIDAMENTE INFORMADOS  REPRESENTANTE LEGAL/PAIS, TUTOR E CURADOR ENTRE 0 A 15 ANOS/REPRESENTANTE LEGAL ENTRE 0 A 15 ANOS/CURADOR/TUTOR

CONTA POLIGAMIA (bemeter para o leitor que não é a única respon)

Endereço (23)  Rua (34)  CONTA CORRENTE (todas abertas)

Banco do Brasil (001)  Conta Econômica Refugio (104)  Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3017 CONTA: 0031511 4 AGENCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o digito de cada) (Inserir o digito de cada) (Inserir o digito de cada) (Inserir o digito de cada)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indemnização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a ilicito, desde já e com efeitos após a efetivação do crédito, quinquagésimo total do valor resguardado.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE TÍTULOS DE IMÓVEL - PRÉ-CONTRIBUIÇÃO COMENTADA PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que nenhuma imóvel titulado de representante é leito do Instituto Médico Legal (IML) para outorga de requerimento de

Indemnização 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 com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para a verificação de existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo.

Declaro que esta autorização não significa prévia comodidade com o futuro exame médico ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso

discorde da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ONEROSOS INTERCÂMBIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Seu nome:  Sim  Não  Casado  Divorciado  Separado  Solteiro  Solteira

24 - Estado de nascimento da vítima: 25 - Vítima deixou compunhelo(a):  Sim  Não 26 - Se a vítima deixou compunhelo(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compunhelo(a):  Sim  Não

28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não 30 - Vítima deixou testamento?  Sim  Não 31 - Vítima deixou testamento?  Sim  Não 32 - Se tinha filhos, informar:  Sim  Não

33 - Última doença:  Sim  Não 34 - Última doença:  Sim  Não

35 - Se é beneficiário:  Sim  Não 36 - Se é beneficiário:  Sim  Não 37 - Se é beneficiário:  Sim  Não

38 - Se é beneficiário:  Sim  Não 39 - Se é beneficiário:  Sim  Não 40 - Se é beneficiário:  Sim  Não

Este ato de que a Seguradora Lider negará, caso haja, a indenização do Seguro DPVAT por morte da vítima beneficiária que se apresentar: e provarem

esta condição, estando vivente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o bem recebido, além da

imprescrição criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

31 - Marcações:  Sim  Não 32 - Se é beneficiário:  Sim  Não 33 - Se é beneficiário:  Sim  Não

34 - Se é beneficiário:  Sim  Não 35 - Se é beneficiário:  Sim  Não 36 - Se é beneficiário:  Sim  Não

37 - Se é beneficiário:  Sim  Não 38 - Se é beneficiário:  Sim  Não 39 - Se é beneficiário:  Sim  Não

40 - Se é beneficiário:  Sim  Não 41 - Se é beneficiário:  Sim  Não 42 - Se é beneficiário:  Sim  Não

43 - Se é beneficiário:  Sim  Não 44 - Se é beneficiário:  Sim  Não 45 - Se é beneficiário:  Sim  Não

46 - Se é beneficiário:  Sim  Não 47 - Se é beneficiário:  Sim  Não 48 - Se é beneficiário:  Sim  Não

49 - Se é beneficiário:  Sim  Não 50 - Se é beneficiário:  Sim  Não 51 - Se é beneficiário:  Sim  Não

52 - Se é beneficiário:  Sim  Não 53 - Se é beneficiário:  Sim  Não 54 - Se é beneficiário:  Sim  Não

55 - Se é beneficiário:  Sim  Não 56 - Se é beneficiário:  Sim  Não 57 - Se é beneficiário:  Sim  Não

58 - Se é beneficiário:  Sim  Não 59 - Se é beneficiário:  Sim  Não 60 - Se é beneficiário:  Sim  Não

61 - Se é beneficiário:  Sim  Não 62 - Se é beneficiário:  Sim  Não 63 - Se é beneficiário:  Sim  Não

64 - Se é beneficiário:  Sim  Não 65 - Se é beneficiário:  Sim  Não 66 - Se é beneficiário:  Sim  Não

67 - Se é beneficiário:  Sim  Não 68 - Se é beneficiário:  Sim  Não 69 - Se é beneficiário:  Sim  Não

70 - Se é beneficiário:  Sim  Não 71 - Se é beneficiário:  Sim  Não 72 - Se é beneficiário:  Sim  Não

73 - Se é beneficiário:  Sim  Não 74 - Se é beneficiário:  Sim  Não 75 - Se é beneficiário:  Sim  Não

76 - Se é beneficiário:  Sim  Não 77 - Se é beneficiário:  Sim  Não 78 - Se é beneficiário:  Sim  Não

79 - Se é beneficiário:  Sim  Não 80 - Se é beneficiário:  Sim  Não 81 - Se é beneficiário:  Sim  Não

82 - Se é beneficiário:  Sim  Não 83 - Se é beneficiário:  Sim  Não 84 - Se é beneficiário:  Sim  Não

85 - Se é beneficiário:  Sim  Não 86 - Se é beneficiário:  Sim  Não 87 - Se é beneficiário:  Sim  Não

88 - Se é beneficiário:  Sim  Não 89 - Se é beneficiário:  Sim  Não 90 - Se é beneficiário:  Sim  Não

91 - Se é beneficiário:  Sim  Não 92 - Se é beneficiário:  Sim  Não 93 - Se é beneficiário:  Sim  Não

94 - Se é beneficiário:  Sim  Não 95 - Se é beneficiário:  Sim  Não 96 - Se é beneficiário:  Sim  Não

97 - Se é beneficiário:  Sim  Não 98 - Se é beneficiário:  Sim  Não 99 - Se é beneficiário:  Sim  Não

100 - Se é beneficiário:  Sim  Não 101 - Se é beneficiário:  Sim  Não 102 - Se é beneficiário:  Sim  Não

103 - Se é beneficiário:  Sim  Não 104 - Se é beneficiário:  Sim  Não 105 - Se é beneficiário:  Sim  Não

106 - Se é beneficiário:  Sim  Não 107 - Se é beneficiário:  Sim  Não 108 - Se é beneficiário:  Sim  Não

109 - Se é beneficiário:  Sim  Não 110 - Se é beneficiário:  Sim  Não 111 - Se é beneficiário:  Sim  Não

112 - Se é beneficiário:  Sim  Não 113 - Se é beneficiário:  Sim  Não 114 - Se é beneficiário:  Sim  Não

115 - Se é beneficiário:  Sim  Não 116 - Se é beneficiário:  Sim  Não 117 - Se é beneficiário:  Sim  Não

118 - Se é beneficiário:  Sim  Não 119 - Se é beneficiário:  Sim  Não 120 - Se é beneficiário:  Sim  Não

121 - Se é beneficiário:  Sim  Não 122 - Se é beneficiário:  Sim  Não 123 - Se é beneficiário:  Sim  Não

124 - Se é beneficiário:  Sim  Não 125 - Se é beneficiário:  Sim  Não 126 - Se é beneficiário:  Sim  Não

127 - Se é beneficiário:  Sim  Não 128 - Se é beneficiário:  Sim  Não 129 - Se é beneficiário:  Sim  Não

130 - Se é beneficiário:  Sim  Não 131 - Se é beneficiário:  Sim  Não 132 - Se é beneficiário:  Sim  Não

133 - Se é beneficiário:  Sim  Não 134 - Se é beneficiário:  Sim  Não 135 - Se é beneficiário:  Sim  Não

136 - Se é beneficiário:  Sim  Não 137 - Se é beneficiário:  Sim  Não 138 - Se é beneficiário:  Sim  Não

139 - Se é beneficiário:  Sim  Não 140 - Se é beneficiário:  Sim  Não 141 - Se é beneficiário:  Sim  Não

142 - Se é beneficiário:  Sim  Não 143 - Se é beneficiário:  Sim  Não 144 - Se é beneficiário:  Sim  Não

145 - Se é beneficiário:  Sim  Não 146 - Se é beneficiário:  Sim  Não 147 - Se é beneficiário:  Sim  Não

148 - Se é beneficiário:  Sim  Não 149 - Se é beneficiário:  Sim  Não 150 - Se é beneficiário:  Sim  Não

151 - Se é beneficiário:  Sim  Não 152 - Se é beneficiário:  Sim  Não 153 - Se é beneficiário:  Sim  Não

154 - Se é beneficiário:  Sim  Não 155 - Se é beneficiário:  Sim  Não 156 - Se é beneficiário:  Sim  Não

157 - Se é beneficiário:  Sim  Não 158 - Se é beneficiário:  Sim  Não 159 - Se é beneficiário:  Sim  Não

160 - Se é beneficiário:  Sim  Não 161 - Se é beneficiário:  Sim  Não 162 - Se é beneficiário:  Sim  Não

163 - Se é beneficiário:  Sim  Não 164 - Se é beneficiário:  Sim  Não 165 - Se é beneficiário:  Sim  Não

166 - Se é beneficiário:  Sim  Não 167 - Se é beneficiário:  Sim  Não 168 - Se é beneficiário:  Sim  Não

169 - Se é beneficiário:  Sim  Não 170 - Se é beneficiário:  Sim  Não 171 - Se é beneficiário:  Sim  Não

172 - Se é beneficiário:  Sim  Não 173 - Se é beneficiário:  Sim  Não 174 - Se é beneficiário:  Sim  Não

175 - Se é beneficiário:  Sim  Não 176 - Se é beneficiário:  Sim  Não 177 - Se é beneficiário:  Sim  Não

178 - Se é beneficiário:  Sim  Não 179 - Se é beneficiário:  Sim  Não 180 - Se é beneficiário:  Sim  Não

181 - Se é beneficiário:  Sim  Não 182 - Se é beneficiário:  Sim  Não 183 - Se é beneficiário:  Sim  Não

184 - Se é beneficiário:  Sim  Não 185 - Se é beneficiário:  Sim  Não 186 - Se é beneficiário:  Sim  Não

187 - Se é beneficiário:  Sim  Não 188 - Se é beneficiário:  Sim  Não 189 - Se é beneficiário:  Sim  Não

190 - Se é beneficiário:  Sim  Não 191 - Se é beneficiário:  Sim  Não 192 - Se é beneficiário:  Sim  Não

193 - Se é beneficiário:  Sim  Não 194 - Se é beneficiário:  Sim  Não 195 - Se é beneficiário:  Sim  Não

196 - Se é beneficiário:  Sim  Não 197 - Se é beneficiário:  Sim  Não 198 - Se é beneficiário:  Sim  Não

199 - Se é beneficiário:  Sim  Não 200 - Se é beneficiário:  Sim  Não 201 - Se é beneficiário:  Sim  Não

202 - Se é beneficiário:  Sim  Não 203 - Se é beneficiário:  Sim  Não 204 - Se é beneficiário:  Sim  Não

205 - Se é beneficiário:  Sim  Não 206 - Se é beneficiário:  Sim  Não 207 - Se é beneficiário:  Sim  Não

208 - Se é beneficiário:  Sim  Não 209 - Se é beneficiário:  Sim  Não 210 - Se é beneficiário:  Sim  Não

211 - Se é beneficiário:  Sim  Não 212 - Se é beneficiário:  Sim  Não 213 - Se é beneficiário:  Sim  Não

214 - Se é beneficiário:  Sim  Não 215 - Se é beneficiário:  Sim  Não 216 - Se é beneficiário:  Sim  Não

217 - Se é beneficiário:  Sim  Não 218 - Se é beneficiário:  Sim  Não 219 - Se é beneficiário:  Sim  Não

220 - Se é beneficiário:  Sim  Não 221 - Se é beneficiário:  Sim  Não 222 - Se é beneficiário:  Sim  Não

223 - Se é beneficiário:  Sim  Não 224 - Se é beneficiário:  Sim  Não 225 - Se é beneficiário:  Sim  Não

226 - Se é beneficiário:  Sim  Não 227 - Se é beneficiário:  Sim  Não 228 - Se é beneficiário:  Sim  Não

229 - Se é beneficiário:  Sim  Não 230 - Se é beneficiário:  Sim  Não 231 - Se é beneficiário:  Sim  Não

232 - Se é beneficiário:  Sim  Não 233 - Se é beneficiário:  Sim  Não 234 - Se é beneficiário:  Sim  Não

235 - Se é beneficiário:  Sim  Não 236 - Se é beneficiário:  Sim  Não 237 - Se é beneficiário:  Sim  Não

238 - Se é beneficiário:  Sim  Não 239 - Se é beneficiário:  Sim  Não 240 - Se é beneficiário:  Sim  Não

241 - Se é beneficiário:  Sim  Não 242 - Se é beneficiário:  Sim  Não 243 - Se é beneficiário:  Sim  Não

244 - Se é beneficiário:  Sim  Não 245 - Se é beneficiário:  Sim  Não 246 - Se é beneficiário:  Sim  Não

247 - Se é beneficiário:  Sim  Não 248 - Se é beneficiário:  Sim  Não 249 - Se é beneficiário:  Sim  Não

250 - Se é beneficiário:  Sim  Não 251 - Se é beneficiário:  Sim  Não 252 - Se é beneficiário:  Sim  Não

253 - Se é beneficiário:  Sim  Não 254 - Se é beneficiário:  Sim  Não 255 - Se é beneficiário:  Sim  Não

256 - Se é beneficiário:  Sim  Não 257 - Se é beneficiário:  Sim  Não 258 - Se é beneficiário:  Sim  Não

259 - Se é beneficiário:  Sim  Não 260 - Se é beneficiário:  Sim  Não 261 - Se é beneficiário:  Sim  Não

262 - Se é beneficiário:  Sim  Não 263 - Se é beneficiário:  Sim  Não 264 - Se é beneficiário:  Sim  Não

# 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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000031511-4

---

Nr. da Autenticação 94241274F4DE8FFF



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

Para contato  
conosco informe  
este número

SEU CÓDIGO  
2039289-8

Nº da Nota Fiscal  
003269421

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JLHO/2019	21/08/2019	329	289,21

JALIA DA SILVA SANTOS  
JACANA 993 JARDIM PRIMAVERA  
F: 00044736886234  
EP: 69.314-182 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.081600

DADOS DA LEITURA		1/kWh	1/kWh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	26823			Atual:	18/07/2019
Anterior:	26494			Anterior:	17/06/2019
Constante de Multiplicação:	1.000			Próxima Leitura:	18/08/2019
Consumo Médio:	329			Emissão:	17/07/2019
Consumo Faturado:	329	FCAM		Apresentação:	18/07/2019

NORMAL

31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Falt.	Média 12 meses
STD. BX. RENDA	MOND	F2722273	N 1511204	1.4.1.1	614
HISTÓRICO kWh					
Médiano consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,262144 =	7,86		
UN/19	272	70 A R\$ 0,449385 =	31,45		
AI/19	317	120 A R\$ 0,674084 =	80,89		
BR/19	296	109 A R\$ 0,748975 =	81,63		
AR/19	615	SUBVENCAO BAIXA RENDA -	49,72		
EV/19	587	CORR MONETARIA TCD (IG 20/24			
AN/19	729	PARCELAMENTO DE DEBITO 20/24			
EZ/18	721	ILLUMINACAO PUBLICA			
0V/18	796				
UT/18	824				
ET/18	735				
BIFAS SEM TRIBUTOS:					
A 30 - 0,216200					
A 100 - 0,372200					
A 100 - 0,554000					
A 329 - 0,621650					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

25/Año  
3/2019 Valor R\$ 279,96 Unidades consumidoras sujeitas a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/08/2019, em função das contas reabridas nesta fatura. O não pagamento nessa data, também é inclusivo do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirível contas vencidas e já visualizadas no valor de R\$ 0,194,51 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.

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

RESERVADO AO FISCO FD2F.3E52.9866.9694.FE80.89F4.F7E4.897B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	51,85	Base de Cálculo:	201,83
Energia:	109,96	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,31
Encargos:	5,71	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	34,31	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99  
5,92 15,00 1,02

FLORESTA

OT: 11.001.19.02.081600

05/2019

31,12



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

SEU CÓDIGO

0039289-8

TOTAL A PAGAR - R\$

289,21

MÊS FATURADO

07/2019

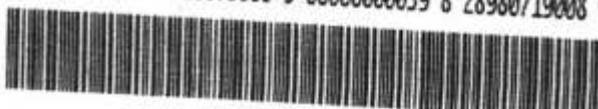
VENCIMENTO

21/08/2019

Nº da Nota Fiscal

002269421 FCAM

8365000002 8 89210075000 9 00000000039 8 28980719008 6



28/06/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Sociedade de Esportes e Saúde  
Hospital Geral de Roraima - HGR / DEFL  
Av. Brigadeiro Edmundo Góes, 3000

Classificação	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Verde	Laranja	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde	Amarelo	Verde
Laranja	Amarelo						
Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo
Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo	Amarelo

DIURNO 07-18 27

181126371 29/06/2019 16:30:56

## FICHA DE ATENDIMENTO

## TRAUMA/OUTRA

Paciente: ALEX DOS SANTOS PEREIRA  
Data: 20/06/1988  
Sexo: M  
Estado Civil: Solteiro  
Naturalidade: BOA VISTA - RR  
Profissão: BRASILEIRA  
Cidade: (95) 9813640077  
Ocupação: NÃO INFORMADA  
Endereço: RUA - JACANA - 893 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR  
Mae: ADALIA DA SILVA SANTOS  
Identidade: 3081210  
SSPRRR: 05105/2009  
Data de Nascimento: 05/05/2009

Class. de Risco	Plano Convênio	V* da Cefalha	Validade	AutORIZAÇÃO	S/ Prenatal
Motivo da Admissão	SUB - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Profissional de Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	Detalhar na Admissão		Procedimento Gal.		Pressão
Outro	URGÊNCIA				Registrado por
GRANDE TRAUMA	lugar de Chegada				LEILSON SOUSA
Outro	SAMU CAPITAL				
Questão Principal		<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Fabril <input type="checkbox"/> Sintomatismo Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue			

Acidente de trânsito (ciclo) (embarca e carro)

Anamnese de Emergência	GSC	TOTAL
	AD 123 + BV: 1 2 3 4 5	1 0 0 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : : h)

Paciente é um homem de 31 anos de idade, solteiro, com antecedentes de acidentes de trânsito. Repte uso de álcool, cachaça, cerveja, maconha

Exame Físico: Fis. Breg, APP, anamnese, medicamentos, com suspeitas de envolvimento

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

ADT - Exames Complementares

<input checked="" type="checkbox"/> RAO-X	<input type="checkbox"/> ULTRASON	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO: <i>radiografia torácica</i>					
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Tóxicos	<input checked="" type="checkbox"/> 100 mg				
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked="" type="checkbox"/> ECO	<input checked="" type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografia	<input checked="" type="checkbox"/> Tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Sangue	<input checked="" type="checkbox"/> Urina	<input checked	

## BLOCO A

A-14-12/07/2019

Alex van der Werff Received

## THE HISTORY OF THE GREEKS.

6443

卷之三

126 05 183  
819 210 10 12 811 130 16 5317.

Adria den 21st Sept 1822

Paciente com fratura de pelve em ~~febre~~ óbrito após  
acidente de motocicleta

~~AS~~ AS ~~Scimie~~

Bois & Tenebrariae e stome listed

Brother's & a relative have been elected

Believe in yourself

P. T. Z. et al.

Patrick Robert José  
Crescent City  
California  
October 1961

040.8040254

5324

VII 472

2872

卷之三

Alvaro dos Santos Peninha

BOLETO CIRÚRGICO

data 29/06/19

MÓDULO PR. OPERATÓRIO Fissura da pele 4x6 mm. livre aberta

INDICAÇÃO TERAPEUTICA Fissura extensiva

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ALERGÊNCIAS:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRICO:

CIRURGIA: DR. Petrucci 1º AUXILIAR: DR. Augusto

2º AUXILIAR: Pedro 2º MÉDICO (anestesiador) INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR: MAX 3º MÉDICO (anestesiador) ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

NÍCIO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

6) Paciente ex. DDH sob anestesia

6) Fissura e Anterior.

6) Colocação de campos estériles

6) Colocação da Fissura extensa 11x6 com redução da pele

6) Colocação de fio com suture 6.0 com o tipo de

6) Encadeado

6) Fissura

6) ADK PA

Patrick Roberto José  
Médico Cirurgião  
CRM-SP 100.3226) orientação  
DR. PATRICK  
29/06/19Dr. Augusto Cesar Lanza  
Médico Hocurte  
Ortopédico e Traumatologista  
CRM-SP 100.322







1. Nome Profissão Função2. Qualificação profissional3. Atuação na Unidade4. Atuação de orientação de formação5. Objetivo de aprendizagem6. Pré-requisitos7. Pré-requisitos8. Pré-requisitos9. Pré-requisitos10. Pré-requisitos11. Pré-requisitos12. Pré-requisitos13. Pré-requisitos14. Pré-requisitos15. Pré-requisitos16. Pré-requisitos17. Pré-requisitos18. Pré-requisitos19. Pré-requisitos20. Pré-requisitos21. Pré-requisitos22. Pré-requisitos23. Pré-requisitos24. Pré-requisitos25. Pré-requisitos26. Pré-requisitos27. Pré-requisitos28. Pré-requisitos29. Pré-requisitos30. Pré-requisitos31. Pré-requisitos32. Pré-requisitos33. Pré-requisitos34. Pré-requisitos35. Pré-requisitos36. Pré-requisitosINDICADORES CRÍTICOS PREVENTIVOS:1. LEVADA DE CIRURGIA:2. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:3. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:4. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:5. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:6. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:7. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:8. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:9. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:10. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:11. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:12. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:13. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:14. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:15. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:16. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:17. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:18. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:19. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:20. QUAIS SÃO OS RISCOS DE ANESTESIA:1. OS RISCOS CRÍTICOS DA EQUIPE DE ANESTESIA SÃO:  
a) QUAIS SÃO OS RISCOS MÉDICOS CRÍTICOS:  
b) QUAIS SÃO OS RISCOS TECNICOS:  
c) QUAIS SÃO OS RISCOS DE RISCO:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:1. SE HÁ ALGUM RISCO DEMAIS, CONSIDERAR:  
a) SIM — NÃO — SE ALGUM RISCO SE ANTE:





SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA

AGNOSTICO FX PELVE

ALERGIAS

IDADE	HAS	NEGA	DM?	NEGA
ITEM	LEITO	101-1	DATA	30/6/2019

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

2	SF 0,5% 500ML EV 12/12H	SN
---	-------------------------	----

3	CIPROFILOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	10/12H
---	---	--------

4	IBUTIL 20MG LV 12/12H	10/12H
---	-----------------------	--------

5	DIPIRONA 1G EV 6/6H SN	10/12H
---	------------------------	--------

6	TRAMAL 100MG + SF 0,0% FV OU 01 CP VO DE 8/8H SF DOR IN	15/16H
---	---	--------

7	PLASIL 10 mg EV 8/8H (SN)	SN
---	---------------------------	----

8	TRANSTIDINA 50MG FV 8/8H SN	SN
---	-----------------------------	----

9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H SN	SN
---	---	----

10	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 LIGU PAD> 110 MMMLIG	SN
----	--	----

11	CURATIVO DIARIO SN	SN
----	--------------------	----

12	SSVV + OCGO 6/6H	SN
----	------------------	----

13	CLEXANL 40MG SC 1X/DIA	SN
----	------------------------	----

14		Rotina
----	--	--------

15		10/12H
----	--	--------

16		
----	--	--

17		
----	--	--

18		
----	--	--

19		
----	--	--

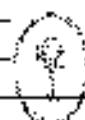
20		
----	--	--

SF DIAREICO CORRICAÇÃO COM INSULINA REGULAR 6SC JUN 2015  
CONFERIR EQUIL-MAT 200-250 20U; 251-300: 4U; 301-350: 8U; 351-400: 16 UU; 401-450: 18 UU; 451-500: 20 UU; 501-550: 24 UU; 551-600: 28 UU; 601-650: 32 UU; 651-700: 36 UU; 701-750: 40 UU; 751-800: 44 UU; 801-850: 48 UU; 851-900: 52 UU; 901-950: 56 UU; 951-1000: 60 UU; 1001-1050: 64 UU; 1051-1100: 68 UU; 1101-1150: 72 UU; 1151-1200: 76 UU; 1201-1250: 80 UU; 1251-1300: 84 UU; 1301-1350: 88 UU; 1351-1400: 92 UU; 1401-1450: 96 UU; 1451-1500: 100 UU; 1501-1550: 104 UU; 1551-1600: 108 UU; 1601-1650: 112 UU; 1651-1700: 116 UU; 1701-1750: 120 UU; 1751-1800: 124 UU; 1801-1850: 128 UU; 1851-1900: 132 UU; 1901-1950: 136 UU; 1951-2000: 140 UU; 2001-2050: 144 UU; 2051-2100: 148 UU; 2101-2150: 152 UU; 2151-2200: 156 UU; 2201-2250: 160 UU; 2251-2300: 164 UU; 2301-2350: 168 UU; 2351-2400: 172 UU; 2401-2450: 176 UU; 2451-2500: 180 UU; 2501-2550: 184 UU; 2551-2600: 188 UU; 2601-2650: 192 UU; 2651-2700: 196 UU; 2701-2750: 200 UU; 2751-2800: 204 UU; 2801-2850: 208 UU; 2851-2900: 212 UU; 2901-2950: 216 UU; 2951-3000: 220 UU; 3001-3050: 224 UU; 3051-3100: 228 UU; 3101-3150: 232 UU; 3151-3200: 236 UU; 3201-3250: 240 UU; 3251-3300: 244 UU; 3301-3350: 248 UU; 3351-3400: 252 UU; 3401-3450: 256 UU; 3451-3500: 260 UU; 3501-3550: 264 UU; 3551-3600: 268 UU; 3601-3650: 272 UU; 3651-3700: 276 UU; 3701-3750: 280 UU; 3751-3800: 284 UU; 3801-3850: 288 UU; 3851-3900: 292 UU; 3901-3950: 296 UU; 3951-4000: 300 UU; 4001-4050: 304 UU; 4051-4100: 308 UU; 4101-4150: 312 UU; 4151-4200: 316 UU; 4201-4250: 320 UU; 4251-4300: 324 UU; 4301-4350: 328 UU; 4351-4400: 332 UU; 4401-4450: 336 UU; 4451-4500: 340 UU; 4501-4550: 344 UU; 4551-4600: 348 UU; 4601-4650: 352 UU; 4651-4700: 356 UU; 4701-4750: 360 UU; 4751-4800: 364 UU; 4801-4850: 368 UU; 4851-4900: 372 UU; 4901-4950: 376 UU; 4951-5000: 380 UU; 5001-5050: 384 UU; 5051-5100: 388 UU; 5101-5150: 392 UU; 5151-5200: 396 UU; 5201-5250: 400 UU; 5251-5300: 404 UU; 5301-5350: 408 UU; 5351-5400: 412 UU; 5401-5450: 416 UU; 5451-5500: 420 UU; 5501-5550: 424 UU; 5551-5600: 428 UU; 5601-5650: 432 UU; 5651-5700: 436 UU; 5701-5750: 440 UU; 5751-5800: 444 UU; 5801-5850: 448 UU; 5851-5900: 452 UU; 5901-5950: 456 UU; 5951-6000: 460 UU; 6001-6050: 464 UU; 6051-6100: 468 UU; 6101-6150: 472 UU; 6151-6200: 476 UU; 6201-6250: 480 UU; 6251-6300: 484 UU; 6301-6350: 488 UU; 6351-6400: 492 UU; 6401-6450: 496 UU; 6451-6500: 500 UU; 6501-6550: 504 UU; 6551-6600: 508 UU; 6601-6650: 512 UU; 6651-6700: 516 UU; 6701-6750: 520 UU; 6751-6800: 524 UU; 6801-6850: 528 UU; 6851-6900: 532 UU; 6901-6950: 536 UU; 6951-7000: 540 UU; 7001-7050: 544 UU; 7051-7100: 548 UU; 7101-7150: 552 UU; 7151-7200: 556 UU; 7201-7250: 560 UU; 7251-7300: 564 UU; 7301-7350: 568 UU; 7351-7400: 572 UU; 7401-7450: 576 UU; 7451-7500: 580 UU; 7501-7550: 584 UU; 7551-7600: 588 UU; 7601-7650: 592 UU; 7651-7700: 596 UU; 7701-7750: 600 UU; 7751-7800: 604 UU; 7801-7850: 608 UU; 7851-7900: 612 UU; 7901-7950: 616 UU; 7951-8000: 620 UU; 8001-8050: 624 UU; 8051-8100: 628 UU; 8101-8150: 632 UU; 8151-8200: 636 UU; 8201-8250: 640 UU; 8251-8300: 644 UU; 8301-8350: 648 UU; 8351-8400: 652 UU; 8401-8450: 656 UU; 8451-8500: 660 UU; 8501-8550: 664 UU; 8551-8600: 668 UU; 8601-8650: 672 UU; 8651-8700: 676 UU; 8701-8750: 680 UU; 8751-8800: 684 UU; 8801-8850: 688 UU; 8851-8900: 692 UU; 8901-8950: 696 UU; 8951-9000: 700 UU; 9001-9050: 704 UU; 9051-9100: 708 UU; 9101-9150: 712 UU; 9151-9200: 716 UU; 9201-9250: 720 UU; 9251-9300: 724 UU; 9301-9350: 728 UU; 9351-9400: 732 UU; 9401-9450: 736 UU; 9451-9500: 740 UU; 9501-9550: 744 UU; 9551-9600: 748 UU; 9601-9650: 752 UU; 9651-9700: 756 UU; 9701-9750: 760 UU; 9751-9800: 764 UU; 9801-9850: 768 UU; 9851-9900: 772 UU; 9901-9950: 776 UU; 9951-10000: 780 UU; 10001-10050: 784 UU; 10051-10100: 788 UU; 10101-10150: 792 UU; 10151-10200: 796 UU; 10201-10250: 800 UU; 10251-10300: 804 UU; 10301-10350: 808 UU; 10351-10400: 812 UU; 10401-10450: 816 UU; 10451-10500: 820 UU; 10501-10550: 824 UU; 10551-10600: 828 UU; 10601-10650: 832 UU; 10651-10700: 836 UU; 10701-10750: 840 UU; 10751-10800: 844 UU; 10801-10850: 848 UU; 10851-10900: 852 UU; 10901-10950: 856 UU; 10951-11000: 860 UU; 11001-11050: 864 UU; 11051-11100: 868 UU; 11101-11150: 872 UU; 11151-11200: 876 UU; 11201-11250: 880 UU; 11251-11300: 884 UU; 11301-11350: 888 UU; 11351-11400: 892 UU; 11401-11450: 896 UU; 11451-11500: 900 UU; 11501-11550: 904 UU; 11551-11600: 908 UU; 11601-11650: 912 UU; 11651-11700: 916 UU; 11701-11750: 920 UU; 11751-11800: 924 UU; 11801-11850: 928 UU; 11851-11900: 932 UU; 11901-11950: 936 UU; 11951-12000: 940 UU; 12001-12050: 944 UU; 12051-12100: 948 UU; 12101-12150: 952 UU; 12151-12200: 956 UU; 12201-12250: 960 UU; 12251-12300: 964 UU; 12301-12350: 968 UU; 12351-12400: 972 UU; 12401-12450: 976 UU; 12451-12500: 980 UU; 12501-12550: 984 UU; 12551-12600: 988 UU; 12601-12650: 992 UU; 12651-12700: 996 UU; 12701-12750: 1000 UU; 12751-12800: 1004 UU; 12801-12850: 1008 UU; 12851-12900: 1012 UU; 12901-12950: 1016 UU; 12951-13000: 1020 UU; 13001-13050: 1024 UU; 13051-13100: 1028 UU; 13101-13150: 1032 UU; 13151-13200: 1036 UU; 13201-13250: 1040 UU; 13251-13300: 1044 UU; 13301-13350: 1048 UU; 13351-13400: 1052 UU; 13401-13450: 1056 UU; 13451-13500: 1060 UU; 13501-13550: 1064 UU; 13551-13600: 1068 UU; 13601-13650: 1072 UU; 13651-13700: 1076 UU; 13701-13750: 1080 UU; 13751-13800: 1084 UU; 13801-13850: 1088 UU; 13851-13900: 1092 UU; 13901-13950: 1096 UU; 13951-14000: 1100 UU; 14001-14050: 1104 UU; 14051-14100: 1108 UU; 14101-14150: 1112 UU; 14151-14200: 1116 UU; 14201-14250: 1120 UU; 14251-14300: 1124 UU; 14301-14350: 1128 UU; 14351-14400: 1132 UU; 14401-14450: 1136 UU; 14451-14500: 1140 UU; 14501-14550: 1144 UU; 14551-14600: 1148 UU; 14601-14650: 1152 UU; 14651-14700: 1156 UU; 14701-14750: 1160 UU; 14751-14800: 1164 UU; 14801-14850: 1168 UU; 14851-14900: 1172 UU; 14901-14950: 1176 UU; 14951-15000: 1180 UU; 15001-15050: 1184 UU; 15051-15100: 1188 UU; 15101-15150: 1192 UU; 15151-15200: 1196 UU; 15201-15250: 1200 UU; 15251-15300: 1204 UU; 15301-15350: 1208 UU; 15351-15400: 1212 UU; 15401-15450: 1216 UU; 15451-15500: 1220 UU; 15501-15550: 1224 UU; 15551-15600: 1228 UU; 15601-15650: 1232 UU; 15651-15700: 1236 UU; 15701-15750: 1240 UU; 15751-15800: 1244 UU; 15801-15850: 1248 UU; 15851-15900: 1252 UU; 15901-15950: 1256 UU; 15951-16000: 1260 UU; 16001-16050: 1264 UU; 16051-16100: 1268 UU; 16101-16150: 1272 UU; 16151-16200: 1276 UU; 16201-16250: 1280 UU; 16251-16300: 1284 UU; 16301-16350: 1288 UU; 16351-16400: 1292 UU; 16401-16450: 1296 UU; 16451-16500: 1300 UU; 16501-16550: 1304 UU; 16551-16600: 1308 UU; 16601-16650: 1312 UU; 16651-16700: 1316 UU; 16701-16750: 1320 UU; 16751-16800: 1324 UU; 16801-16850: 1328 UU; 16851-16900: 1332 UU; 16901-16950: 1336 UU; 16951-17000: 1340 UU; 17001-17050: 1344 UU; 17051-17100: 1348 UU; 17101-17150: 1352 UU; 17151-17200: 1356 UU; 17201-17250: 1360 UU; 17251-17300: 1364 UU; 17301-17350: 1368 UU; 17351-17400: 1372 UU; 17401-17450: 1376 UU; 17451-17500: 1380 UU; 17501-17550: 1384 UU; 17551-17600: 1388 UU; 17601-17650: 1392 UU; 17651-17700: 1396 UU; 17701-17750: 1400 UU; 17751-17800: 1404 UU; 17801-17850: 1408 UU; 17851-17900: 1412 UU; 17901-17950: 1416 UU; 17951-18000: 1420 UU; 18001-18050: 1424 UU; 18051-18100: 1428 UU; 18101-18150: 1432 UU; 18151-18200: 1436 UU; 18201-18250: 1440 UU; 18251-18300: 1444 UU; 18301-18350: 1448 UU; 18351-18400: 1452 UU; 18401-18450: 1456 UU; 18451-18500: 1460 UU; 18501-18550: 1464 UU; 18551-18600: 1468 UU; 18601-18650: 1472 UU; 18651-18700: 1476 UU; 18701-18750: 1480 UU; 18751-18800: 1484 UU; 18801-18850: 1488 UU; 18851-18900: 1492 UU; 18901-18950: 1496 UU; 18951-19000: 1500 UU; 19001-19050: 1504 UU; 19051-19100: 1508 UU; 19101-19150: 1512 UU; 19151-19200: 1516 UU; 19201-19250: 1520 UU; 19251-19300: 1524 UU; 19301-19350: 1528 UU; 19351-19400: 1532 UU; 19401-19450: 1536 UU; 19451-19500: 1540 UU; 19501-19550: 1544 UU; 19551-19600: 1548 UU; 19601-19650: 1552 UU; 19651-19700: 1556 UU; 19701-19750: 1560 UU; 19751-19800: 1564 UU; 19801-19850: 1568 UU; 19851-19900: 1572 UU; 19901-19950: 1576 UU; 19951-20000: 1580 UU; 20001-20050: 1584 UU; 20051-20100: 1588 UU; 20101-20150: 1592 UU; 20151-20200: 1596 UU; 20201-20250: 1600 UU; 20251-20300: 1604 UU; 20301-20350: 1608 UU; 20351-20400: 1612 UU; 20401-20450: 1616 UU; 20451-20500: 1620 UU; 20501-20550: 1624 UU; 20551-20600: 1628 UU; 20601-20650: 1632 UU; 20651-20700: 1636 UU; 20701-20750: 1640 UU; 20751-20800: 1644 UU; 20801-20850: 1648 UU; 20851-20900: 1652 UU; 20901-20950: 1656 UU; 20951-21000: 1660 UU; 21001-21050: 1664 UU; 21051-21100: 1668 UU; 21101-21150: 1672 UU; 21151-21200: 1676 UU; 21201-21250: 1680 UU; 21251-21300: 1684 UU; 21301-21350: 1688 UU; 21351-21400: 1692 UU; 21401-21450: 1696 UU; 21451-21500: 1700 UU; 21501-21550: 1704 UU; 21551-21600: 1708 UU; 21601-21650: 1712 UU; 21651-21700: 1716 UU; 21701-21750: 1720 UU; 21751-21800: 1724 UU; 21801-21850: 1728 UU; 21851-21900: 1732 UU; 21901-21950: 1736 UU; 21951-22000: 1740 UU; 22001-22050: 1744 UU; 22051-22100: 1748 UU; 22101-22150: 1752 UU; 22151-22200: 1756 UU; 22201-22250: 1760 UU; 22251-22300: 1764 UU; 22301-22350: 1768 UU; 22351-22400: 1772 UU; 22401-22450: 1776 UU; 22451-22500: 1780 UU; 22501-22550: 1784 UU; 22551-22600: 1788 UU; 22601-22650: 1792 UU; 22651-22700: 1796 UU; 22701-22750: 1800 UU; 22751-22800: 1804 UU; 22801-22850: 1808 UU; 22851-22900: 1812 UU; 22901-22950: 1816 UU; 22951-23000: 1820 UU; 23001-23050: 1824 UU; 23051-23100: 1828 UU; 23101-23150: 1832 UU; 23151-23200: 1836 UU; 23201-23250: 1840 UU; 23251-23300: 1844 UU; 23301-23350: 1848 UU; 23351-23400: 1852 UU; 23401-23450: 1856 UU; 23451-23500: 1860 UU; 23501-23550: 1864 UU; 23551-23600: 1868 UU; 23601-23650: 1872 UU; 23651-23700: 1876 UU; 23701-23750: 1880 UU; 23751-23800: 1884 UU; 23801-23850: 1888 UU; 23851-23900: 1892 UU; 23901-23950: 1896 UU; 23951-24000: 1900 UU; 24001-24050: 1904 UU; 24051-24100: 1908 UU; 24101-24150: 1912 UU; 24151-24200: 1916 UU; 24201-24250: 1920 UU; 24251-24300: 1924 UU; 24301-24350: 1928 UU; 24351-24400: 1932 UU; 24401-24450: 1936 UU; 24451-24500: 1940 UU; 24501-24550:





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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO | D/II | DN |

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA

DIAGNÓSTICO FX PELVE

ALÉRGIAS	IAS	NEGA	DMP	NEGA
IDADE	LEITO	101-1	DATA	01/07/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIFTACHAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO P/ I.M. LÍQUIDO			Morning
3	SÍR 0,9% 500ML EV 8/8H			02/18/2019
4	DIPIRONA 800MG _V 8/8-18			SN 14:30
5				
6	TRAMA 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR			SN
7	NALBUTINA 10 MG 100ML 50 0,9% CASO NÃO TENHA OITE SN			
8	OMEPRAZOL 40MG FV 1X/DIA			00:00
9	METOCLOPRAM 10 10MG FV 8/8H 1/2N			00:00
10	B. METICODINA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H			00:00
11	CI. INDAMICINA 600MG EV D... VO 6/8H			00:00
12	CIPROFLOXACÍNO 400MG FV OU 500MG VO 12/12-			24:00
13	OLEXAN 40MG SC 1X D/A			24:00
14				
15				
16	CAFFETOFRI 25 mg VO SF PAS > 60 E OU PAD > 110 MMHg SN			
17	SSVV + CCOR 6/6			00:00
18	CURATIVO DÁRIO			00:00
19				
20				
21				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO: VO INJ. DA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: SN  
250/350: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI OU GLICOSE > 70  
DLML, GLICOSE 50% 40 UI FV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENCONTROU PACIENTE DE TADI NO LEITO, ATIVO, ALERTA, CONTACTANTE

EXAME FÍSICO: 25G, AQUARIUS, P. 140, T. 37,9°C, AFEVIL, F. 18/80

NORRACCORADO, IMBALHADO.

ESQUILHADO:

CONSULTA: NÃO HÁ

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PROVISÃO DE ALTA:

11/07/19 7:45 36.8°C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	114/82		
18 H			
24 H	140/70 83		36.5°C

Dr. PHILIPPE DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2028

Residente de Ortopedia e Traumatologia

1. Colocar férula imobilizante  
2. SVS, evitando quedas

C. P. M

R. P. M



卷之三

34

Alex Das Santas  
JOS-1

卷之三

Constitutionalism and the Rule of Law in the United States and Germany

Reguläre

**Q**uestadura  **C**iturgia  **D**iaconia  **E**xterior  **Quipas**

Spätstücke an  
den Börsen  
verkauft. Diese  
Börsenstücke  
sind in der  
Börse von  
London, New  
York, Paris  
und Berlin  
verkauft.

~~✓) Necessar: Ámérica Latina ( ) Resende e ( ) Gracioli, ( ) Ribeiro, ( ) Ribeiro Pelegrina ( ) Dorea Sonda ( ) Outros~~

19980087 (19980087) ~~19980087~~ (19980087) ~~19980087~~ (19980087)

1. *On the 1st of January, 1863, the Emancipation Proclamation was issued.*

1. *W. E. B. DuBois* (1868-1963) was a prominent African American historian, sociologist, and civil rights activist.

Die  $\beta$ -Oxydation ist eine  $\beta$ -Oxydation, die die  $\beta$ -Oxydationen der Fettsäuren darstellt.

1. *Problems* 2. *Answers* 3. *Exercises* 4. *Answers* 5. *Exercises* 6. *Answers*

ବିଜ୍ଞାନ ପରିବାରର ପାଇଁ ଏହା କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର  
କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର କାହାର

Observe the following table:

卷之三

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

DATA DE ADMISSÃO DIH DN  
PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA

AGNOSTICO LX SINFISE PUBICA

ALERGIAS	ITAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	1M-1	DATA	02/07/2019
ITEM	PREScrição			HORÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	SD
2	ACESSO VINOSO PFRM-LK CO	manhã
3	SF 0,9% 500ML LV 8/8H	22/20/06
4	D PIRONA 600MG LV 8/8H SN	SN tot
5		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML PV OU VO DE 8/8H SE DOR	SN
7	NALBESFINA 10 MG + 100ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA OITE SN	
8	COMEPRAZOL 40MG LV 1X DIA	
9	MFTOCLOPRAMIDA 10MG LV 8/8H S/N	
10	SIMET CONA GOTAS 10 GOTAS VO DL 8/8 H	
11	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO 6/8H	
12	CIPROFILOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	12
13	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	26
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 & CU PAS > 110 MMHG	SN
17	SEVV + COGG 5/5 H	
18	CURAT VO DIÁRIO	afetos hepato-creatin
19		
20		
21		

SE DIABOLICO CORREÇÃO COM INSUINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA  
200-250 ZUI PS-300: 400; 301-350 BUI 351-400 BUI; > 400: 10 UI + GLICOSOF 5-70  
DURI, GLICOSE 100-120 ML PV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MILITAR:

#INCONTRÔ PACIENTE DEIXADO NO TETO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

#EXAME FÍSICO: BGS, AFANÉT CO, ANEMÉTICO, ALCOÓLICO, FUMANTE, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#SOBREITADO:

#CONDUTA: MANTIDA

#PROGESSÃO DE CIRURGIA:

#PREVISÃO DE ALTA:

Agradendo Rx

Dr. Dalton Ferreira  
Ortopedista  
CRM RR 1174

SINAIS VITAIS

6H	PA	FC	FR	Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO CRM RR 2018
12 H	12x7	69	36	
18 H	120x50	70	12	
24 H	130x60	80	35	

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Paciente no leito, festejado Colmo  
enfusado 550ml na garrafa

18h passou 4h no leito, medicado conforme protocolo  
medico, apesar de 2200ml, recolocado no leito

06h - 0 130K60 9:39 T:36

Edmar Góes Mates  
Tec. de enfermagem  
COREM RR 901 872



Praktiken der Partizipation - Praxisleiter

三

Paciente: Adelio - Cédula: 54101001 - Sexo: M - Data: 02/07/2019  
Endereço: Rua das Flores, 1000 - Centro  
Bairro: Centro - Cidade: Porto Velho - Estado: Rondônia

1

Regina Forna Mirella / 603

114

Região

( ) Questão ( ) Grava ( ) Dif. ( )  
( ) Fixador Interno ( ) azeite

Perfumaria	1) Nogueira Amarelo / Negro ( ) Saffron ( ) Granaatappel 2) Belita / Lichia ( ) Dianthus / Sandal ( ) Citrus
Líquido	1) Norma ( ) Mexicano ( ) Jasmim / Rubor
Perfumaria	1) Ondina

( ) Out of \_\_\_\_\_ were \_\_\_\_\_ in the box.

Georgijs de Geer  
Praedate

Síntesis de Cloruro de Filibinato de Plata 103

## Table 1. *Estimated* and *Actual* *Estimated* *Estimated* *Actual*

— ( 39912 ) — ( 39913 ) — ( 39914 ) —

REMISSION: 100%  
REASON: 100%  
MEDICATION: 100%

A HISTORY OF

卷之三

HGR

Paciente: ANNE DIAZ SANTOS  
Leito: 404-1

Data: 03/07/19

Localização	Região: <u>Abdomen</u>	Região: <u>Abdomen</u>
Apresentação	<input checked="" type="checkbox"/> Gravidez <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI	<input checked="" type="checkbox"/> Grau I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
Exame	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia <input checked="" type="checkbox"/> Quimioterapia <input checked="" type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Vasculite	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Traqueia <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Artroplastia
Uso de Medicamenta	<input checked="" type="checkbox"/> Sustos <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedad <input checked="" type="checkbox"/> Estresse <input checked="" type="checkbox"/> Estratégia <input checked="" type="checkbox"/> Espalhamento	<input checked="" type="checkbox"/> Norma <input checked="" type="checkbox"/> Mucorata <input checked="" type="checkbox"/> Isca <input checked="" type="checkbox"/> Materia <input checked="" type="checkbox"/> Riso
Outros	<input checked="" type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Maccado <input checked="" type="checkbox"/> Isca <input checked="" type="checkbox"/> Iscane <input checked="" type="checkbox"/> Rumor	<input checked="" type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Problema <input checked="" type="checkbox"/> Secoso <input checked="" type="checkbox"/> Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Secossangrinos <input checked="" type="checkbox"/> Seco
Querulanas de	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso
Sintomas de	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso
Coceira	<input checked="" type="checkbox"/> Coceira	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso
Primeria	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso
Treco	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso	<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Dolor <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso
Urticárias que	<input checked="" type="checkbox"/> Dor de Dente <input checked="" type="checkbox"/> Dor de Vômito	<input checked="" type="checkbox"/> Dor de Dentes <input checked="" type="checkbox"/> Dor de Vômito
realizou	<input checked="" type="checkbox"/> Dor de Dente <input checked="" type="checkbox"/> Dor de Vômito	<input checked="" type="checkbox"/> Dor de Dentes <input checked="" type="checkbox"/> Dor de Vômito
Procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> Dor de Dente <input checked="" type="checkbox"/> Dor de Vômito	<input checked="" type="checkbox"/> Dor de Dentes <input checked="" type="checkbox"/> Dor de Vômito
Observações:		



Nicetos sie Extrahagen em  
Tzatamente sie Foddas - Pracht

111

1911 - San Jose - San Jose - San Jose

13

- 5 -

卷之三

Locality

Region Broadway

Região:

11

2)  **Isador Tarczynski**  **torpedo**

111

1) *Secundum* 2) *Secundum* 3) *Secundum*

Sanguineo ( ) Serossanguineo ( ) Seri-

2000

13500  
13500  
13500  
13500

Clorazidina 2% 100cc. flacone

26

卷之三

卷之三

INTRODUCTION

卷之三

Schriften

卷之三

卷之三

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

101-1

DATA DE ADMISSÃO	D/H	DN
PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA		
AGNOSTICO: LX SINFISE PUBICA		
ALÉRGIAS	AS	NEGA
IDADE	210	101-1
ITEM	PREScriÇÃO	
DIETA ORAL INR	SNO	
2 ACESSO VENOSO PERIFERICO	muita	
3 SF 0,9% 500ML EV 6/8H	05/07/2015	
4 DIPIRONA CRUZO EV 6/8H S/N	22	
5	S/N	
6 TRAMADOL 100MG - SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 6/8H SE DOR	S/N	
7 XAL BULNA 10 MG 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TLN-A O TPS	S/N	
8 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	S/N	
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/8H S/N	S/N	
10 SIMEZICONA OCTAS 60 307AS VO DE 8/8H	01/07/2015	
11 CLINDAMICINA 200MG EV OU VO 5/6H	05/07/2015	
12 CIPROFLOXACINO 100MG EV OU 500MG VO 12/24	26	
13 CLEXAN 40MG SC 1X/DIA	26	
14		
15 CAPTOPRIL 25 mg VO S/ DAS > 100 L OU PAO > 110 MM/HG	S/N	
16 SSVV + COCG 60	Captopril Magra Cavatub	
17 CIRATIVO DIÁRIO		
18		
19		
20		
21	S/N	

SE DIABETICO: O SIM. QAC COM NEXA NA REGULAR (SC), CONFORME COQUEMA  
VHC 250 20L 260.000, 400.071-000, 600.001-1000000, > 400: 10 J. E OU CICLODE 4/01  
DIBAL, GL 400G 10% 40ML EV FAVARAR PLASTICINATA

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE: ESTABILIZADO, ATRIB. S-ATVO, CONTAJANTE  
EXAMES: SNC, DEC, ASAMÔNICO, ANTER 10, ATER 40, EV INFRIC.

NORMOS CRONO, 100% ADD.

ATO: CRONO:

CLINICAS: NENHUMA

PROGRAMAÇÕES DE EXAMES:

REVISÃO DE FTA

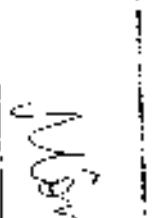
06 88x53 87 - 35			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	14x60	86	36
18 H	94x45	86	36
24 H	144x96	95	36

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO  
CRM-RR 2028  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

32/06/2015 (07/2015). paciente no leito hospitalizado  
SS/00, sem queixas no momento, abdome, micta  
crespa, de dor, e febre, e sangue em exames.  
do lado do leito do paciente, 32/06/2015.  
e sangue, 32/06/2015.



Protocolo n° 1  
Paciente: Alcides Santos -  
Leito: 101  
Data: 05/07/10

Localização	 		Região:	<u>Antebraço</u>	Região:	<u>Antebraço</u>
	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Grau I</u> <input type="checkbox"/> <u>II (3)</u>		Grau:	<u>I</u>	<u>II (3)</u>	
	<input checked="" type="checkbox"/> <u>LFB/ICM/IV/5</u> <input type="checkbox"/> <u>Quimicamente</u> <input type="checkbox"/> <u>Cirurgia</u> <input type="checkbox"/> <u>DM</u> <input type="checkbox"/> <u>Muscular</u>			<input checked="" type="checkbox"/> <u>LFB/ICM/IV/5</u> <input type="checkbox"/> <u>Quimicamente</u> <input type="checkbox"/> <u>Cirurgia</u> <input type="checkbox"/> <u>DM</u> <input type="checkbox"/> <u>Muscular</u>		
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Trauma</u> <input type="checkbox"/> <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> <u>Ortopedia</u>			<input checked="" type="checkbox"/> <u>Trauma</u> <input type="checkbox"/> <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> <u>Fixador Externo</u> <input type="checkbox"/> <u>Ortopedia</u>		
	<input type="checkbox"/> <u>Outros</u>			<input type="checkbox"/> <u>Outros</u>		
Apresentação	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Neoneve: Amarela/Preta</u> <input type="checkbox"/> <u>Esticado</u> <input type="checkbox"/> <u>Gravidez</u> <input type="checkbox"/> <u>Epithelização</u>			<input type="checkbox"/> <u>Neoneve: Amarela/Preta</u> <input type="checkbox"/> <u>Esticado</u> <input type="checkbox"/> <u>Gravidez</u> <input type="checkbox"/> <u>Epithelização</u>		
Léito	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Ferida fechada</u> <input type="checkbox"/> <u>Drenos</u> <input type="checkbox"/> <u>Outros</u>			<input checked="" type="checkbox"/> <u>Ferida fechada</u> <input type="checkbox"/> <u>Drenos</u> <input type="checkbox"/> <u>Outros</u>		
Pele Periférica	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> <u>Macerado</u> <input type="checkbox"/> <u>Seca</u> <input type="checkbox"/> <u>Edema / Rubor</u>			<input checked="" type="checkbox"/> <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> <u>Macerado</u> <input type="checkbox"/> <u>Seca</u> <input type="checkbox"/> <u>Edema / Rubor</u>		
Tipo de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Outro</u> <input type="checkbox"/> <u>Parulento</u> <input type="checkbox"/> <u>Seroso</u> <input type="checkbox"/> <u>Serosanguíneo</u> <input type="checkbox"/> <u>Seco</u>			<input checked="" type="checkbox"/> <u>Outro</u> <input type="checkbox"/> <u>Parulento</u> <input type="checkbox"/> <u>Seroso</u> <input type="checkbox"/> <u>Serosanguíneo</u> <input type="checkbox"/> <u>Seco</u>		
	<input type="checkbox"/> <u>Quicos</u>			<input type="checkbox"/> <u>Quicos</u>		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> <u>Molhado</u> <input type="checkbox"/> <u>Seco</u>			<input type="checkbox"/> <u>Molhado</u> <input type="checkbox"/> <u>Seco</u>		
Solução de Contato	<input type="checkbox"/> <u>Álcool 70%</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Clorhexidina 2%</u> <input type="checkbox"/> <u>Álcool 95%</u>			<input type="checkbox"/> <u>Álcool 70%</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>Clorhexidina 2%</u> <input type="checkbox"/> <u>Álcool 95%</u>		
Patologia	<input checked="" type="checkbox"/> <u>Cobertura primária</u> <input type="checkbox"/> <u>Outro</u>			<input checked="" type="checkbox"/> <u>Cobertura primária</u> <input type="checkbox"/> <u>Outro</u>		
Procedimento	<input type="checkbox"/> <u>Tratamento</u> <input type="checkbox"/> <u>12/42</u> <input type="checkbox"/> <u>48/48h</u>			<input type="checkbox"/> <u>Tratamento</u> <input type="checkbox"/> <u>12/42</u> <input type="checkbox"/> <u>48/48h</u>		
Observações	<p>realizou procedimento:</p> <p><u>lipsia de tecido</u> <u>remoção de tecido</u></p>					

101.1

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

DATA DE ADMISSÃO 11/07/2019 D/N 1 DN 1

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA

DIAGNÓSTICO SINTESE PÚBLICA

ALERGIAE	HAS	NLGA	DV2	NEGA
DOENÇADE	FEITO	DATA		02/07/2019
ITEM	PREScriÇÃO			DIÁRIO

1	DIETA ORAL LIVRE	11/07/2019
2	ACESSO VENOSO PLÁSTICO	11/07/2019
3	ST 0,9% 500ML EV 6/6H	11/07/2019
4	DP RONAL 500MG FV 8:3H:8H	11/07/2019
5		11/07/2019
6	TRAMAL 100MG - ST 0,9% 100ML EV OU VO DF 8/8 1SF DOR	11/07/2019
7	NA. B. INA 10 MG + 100ML 0,9% CASO NÃO TEN. A.O. TE	11/07/2019
8	OMEPRAZOL 40MG FV 1X/DIA	11/07/2019
9	METOCLOPRAM 10MG FV 6/6H S/N	11/07/2019
10	SIMECONA GOTAS 40 GOTAS VO DF 8/8H	11/07/2019
11	CLINDAM CINA 800MG EV OU VO 6/6H	11/07/2019
12	CIPROFLOXAC NO 400MG FV OU 500MG VO 12/12H	11/07/2019
13	CLFXANE 10MG SC 1X/DIA	11/07/2019
14		11/07/2019
15	CÁPTOMIL 25 mg VO SF 045 > 100 L.O. PAU > 110 MMHG	11/07/2019
16	BBWV + CURSO 6/6	11/07/2019
17	CURATIVO DIÁRIO	11/07/2019
18	Fluox. 20mg VO 1x/dia	11/07/2019
19		11/07/2019
20		11/07/2019
21		11/07/2019

SE DIABETICO: CORRELAÇÃO VO 6/6H, BBWV 1000UI, CÓDIGO: CONFORME ESCALAVA  
200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 1050 1100 1150 1200 1250 1300 1350 1400 1450 1500 1550 1600 1650 1700 1750 1800 1850 1900 1950 2000 2050 2100 2150 2200 2250 2300 2350 2400 2450 2500 2550 2600 2650 2700 2750 2800 2850 2900 2950 3000 3050 3100 3150 3200 3250 3300 3350 3400 3450 3500 3550 3600 3650 3700 3750 3800 3850 3900 3950 4000 4050 4100 4150 4200 4250 4300 4350 4400 4450 4500 4550 4600 4650 4700 4750 4800 4850 4900 4950 5000 5050 5100 5150 5200 5250 5300 5350 5400 5450 5500 5550 5600 5650 5700 5750 5800 5850 5900 5950 6000 6050 6100 6150 6200 6250 6300 6350 6400 6450 6500 6550 6600 6650 6700 6750 6800 6850 6900 6950 7000 7050 7100 7150 7200 7250 7300 7350 7400 7450 7500 7550 7600 7650 7700 7750 7800 7850 7900 7950 8000 8050 8100 8150 8200 8250 8300 8350 8400 8450 8500 8550 8600 8650 8700 8750 8800 8850 8900 8950 9000 9050 9100 9150 9200 9250 9300 9350 9400 9450 9500 9550 9600 9650 9700 9750 9800 9850 9900 9950 10000 10050 10100 10150 10200 10250 10300 10350 10400 10450 10500 10550 10600 10650 10700 10750 10800 10850 10900 10950 11000 11050 11100 11150 11200 11250 11300 11350 11400 11450 11500 11550 11600 11650 11700 11750 11800 11850 11900 11950 12000 12050 12100 12150 12200 12250 12300 12350 12400 12450 12500 12550 12600 12650 12700 12750 12800 12850 12900 12950 13000 13050 13100 13150 13200 13250 13300 13350 13400 13450 13500 13550 13600 13650 13700 13750 13800 13850 13900 13950 14000 14050 14100 14150 14200 14250 14300 14350 14400 14450 14500 14550 14600 14650 14700 14750 14800 14850 14900 14950 15000 15050 15100 15150 15200 15250 15300 15350 15400 15450 15500 15550 15600 15650 15700 15750 15800 15850 15900 15950 16000 16050 16100 16150 16200 16250 16300 16350 16400 16450 16500 16550 16600 16650 16700 16750 16800 16850 16900 16950 17000 17050 17100 17150 17200 17250 17300 17350 17400 17450 17500 17550 17600 17650 17700 17750 17800 17850 17900 17950 18000 18050 18100 18150 18200 18250 18300 18350 18400 18450 18500 18550 18600 18650 18700 18750 18800 18850 18900 18950 19000 19050 19100 19150 19200 19250 19300 19350 19400 19450 19500 19550 19600 19650 19700 19750 19800 19850 19900 19950 20000 20050 20100 20150 20200 20250 20300 20350 20400 20450 20500 20550 20600 20650 20700 20750 20800 20850 20900 20950 21000 21050 21100 21150 21200 21250 21300 21350 21400 21450 21500 21550 21600 21650 21700 21750 21800 21850 21900 21950 22000 22050 22100 22150 22200 22250 22300 22350 22400 22450 22500 22550 22600 22650 22700 22750 22800 22850 22900 22950 23000 23050 23100 23150 23200 23250 23300 23350 23400 23450 23500 23550 23600 23650 23700 23750 23800 23850 23900 23950 24000 24050 24100 24150 24200 24250 24300 24350 24400 24450 24500 24550 24600 24650 24700 24750 24800 24850 24900 24950 25000 25050 25100 25150 25200 25250 25300 25350 25400 25450 25500 25550 25600 25650 25700 25750 25800 25850 25900 25950 26000 26050 26100 26150 26200 26250 26300 26350 26400 26450 26500 26550 26600 26650 26700 26750 26800 26850 26900 26950 27000 27050 27100 27150 27200 27250 27300 27350 27400 27450 27500 27550 27600 27650 27700 27750 27800 27850 27900 27950 28000 28050 28100 28150 28200 28250 28300 28350 28400 28450 28500 28550 28600 28650 28700 28750 28800 28850 28900 28950 29000 29050 29100 29150 29200 29250 29300 29350 29400 29450 29500 29550 29600 29650 29700 29750 29800 29850 29900 29950 30000 30050 30100 30150 30200 30250 30300 30350 30400 30450 30500 30550 30600 30650 30700 30750 30800 30850 30900 30950 31000 31050 31100 31150 31200 31250 31300 31350 31400 31450 31500 31550 31600 31650 31700 31750 31800 31850 31900 31950 32000 32050 32100 32150 32200 32250 32300 32350 32400 32450 32500 32550 32600 32650 32700 32750 32800 32850 32900 32950 33000 33050 33100 33150 33200 33250 33300 33350 33400 33450 33500 33550 33600 33650 33700 33750 33800 33850 33900 33950 34000 34050 34100 34150 34200 34250 34300 34350 34400 34450 34500 34550 34600 34650 34700 34750 34800 34850 34900 34950 35000 35050 35100 35150 35200 35250 35300 35350 35400 35450 35500 35550 35600 35650 35700 35750 35800 35850 35900 35950 36000 36050 36100 36150 36200 36250 36300 36350 36400 36450 36500 36550 36600 36650 36700 36750 36800 36850 36900 36950 37000 37050 37100 37150 37200 37250 37300 37350 37400 37450 37500 37550 37600 37650 37700 37750 37800 37850 37900 37950 38000 38050 38100 38150 38200 38250 38300 38350 38400 38450 38500 38550 38600 38650 38700 38750 38800 38850 38900 38950 39000 39050 39100 39150 39200 39250 39300 39350 39400 39450 39500 39550 39600 39650 39700 39750 39800 39850 39900 39950 40000 40050 40100 40150 40200 40250 40300 40350 40400 40450 40500 40550 40600 40650 40700 40750 40800 40850 40900 40950 41000 41050 41100 41150 41200 41250 41300 41350 41400 41450 41500 41550 41600 41650 41700 41750 41800 41850 41900 41950 42000 42050 42100 42150 42200 42250 42300 42350 42400 42450 42500 42550 42600 42650 42700 42750 42800 42850 42900 42950 43000 43050 43100 43150 43200 43250 43300 43350 43400 43450 43500 43550 43600 43650 43700 43750 43800 43850 43900 43950 44000 44050 44100 44150 44200 44250 44300 44350 44400 44450 44500 44550 44600 44650 44700 44750 44800 44850 44900 44950 45000 45050 45100 45150 45200 45250 45300 45350 45400 45450 45500 45550 45600 45650 45700 45750 45800 45850 45900 45950 46000 46050 46100 46150 46200 46250 46300 46350 46400 46450 46500 46550 46600 46650 46700 46750 46800 46850 46900 46950 47000 47050 47100 47150 47200 47250 47300 47350 47400 47450 47500 47550 47600 47650 47700 47750 47800 47850 47900 47950 48000 48050 48100 48150 48200 48250 48300 48350 48400 48450 48500 48550 48600 48650 48700 48750 48800 48850 48900 48950 49000 49050 49100 49150 49200 49250 49300 49350 49400 49450 49500 49550 49600 49650 49700 49750 49800 49850 49900 49950 50000 50050 50100 50150 50200 50250 50300 50350 50400 50450 50500 50550 50600 50650 50700 50750 50800 50850 50900 50950 51000 51050 51100 51150 51200 51250 51300 51350 51400 51450 51500 51550 51600 51650 51700 51750 51800 51850 51900 51950 52000 52050 52100 52150 52200 52250 52300 52350 52400 52450 52500 52550 52600 52650 52700 52750 52800 52850 52900 52950 53000 53050 53100 53150 53200 53250 53300 53350 53400 53450 53500 53550 53600 53650 53700 53750 53800 53850 53900 53950 54000 54050 54100 54150 54200 54250 54300 54350 54400 54450 54500 54550 54600 54650 54700 54750 54800 54850 54900 54950 55000 55050 55100 55150 55200 55250 55300 55350 55400 55450 55500 55550 55600 55650 55700 55750 55800 55850 55900 55950 56000 56050 56100 56150 56200 56250 56300 56350 56400 56450 56500 56550 56600 56650 56700 56750 56800 56850 56900 56950 57000 57050 57100 57150 57200 57250 57300 57350 57400 57450 57500 57550 57600 57650 57700 57750 57800 57850 57900 57950 58000 58050 58100 58150 58200 58250 58300 58350 58400 58450 58500 58550 58600 58650 58700 58750 58800 58850 58900 58950 59000 59050 59100 59150 59200 59250 59300 59350 59400 59450 59500 59550 59600 59650 59700 59750 59800 59850 59900 59950 60000 60050 60100 60150 60200 60250 60300 60350 60400 60450 60500 60550 60600 60650 60700 60750 60800 60850 60900 60950 61000 61050 61100 61150 61200 61250 61300 61350 61400 61450 61500 61550 61600 61650 61700 61750 61800 61850 61900 61950 62000 62050 62100 62150 62200 62250 62300 62350 62400 62450 62500 62550 62600 62650 62700 62750 62800 62850 62900 62950 63000 63050 63100 63150 63200 63250 63300 63350 63400 63450 63500 63550 63600 63650 63700 63750 63800 63850 63900 63950 64000 64050 64100 64150 64200 64250 64300 64350 64400 64450 64500 64550 64600 64650 64700 64750 64800 64850 64900 64950 65000 65050 65100 65150 65200 65250 65300 65350 65400 65450 65500 65550 65600 65650 65700 65750 65800 65850 65900 65950 66000 66050 66100 66150 66200 66250 66300 66350 66400 66450 66500 66550 66600 66650 66700 66750 66800 66850 66900 66950 67000 67050 67100 67150 67200 67250 67300 67350 67400 67450 67500 67550 67600 67650 67700 67750 67800 67850 67900 67950 68000 68050 68100 68150 68200 68250 68300 68350 68400 68450 68500 68550 68600 68650 68700 68750 68800 68850 68900 68950 69000 69050 69100 69150 69200 69250 69300 69350 69400 69450 69500 69550 69600 69650 69700 69750 69800 69850 69900 69950 70000 70050 70100 70150 70200 70250 70300 70350 70400 70450 70500 70550 70600 70650 70700 70750 70800 70850 70900 70950 71000 71050 71100 71150 71200 71250 71300 71350 71400 71450 71500 71550 71600 71650 71700 71750 71800 71850 71900 71950 72000 72050 72100 72150 72200 72250 72300 72350 72400 72450 72500 72550 72600 72650 72700 72750 72800 72850 72900 72950 73000 73050 73100 73150 73200 73250 73300 73350 73400 73450 73500 73550 73600 73650 73700 73750 73800 73850 73900 73950 74000 74050 74100 74150 74200 74250 74300 74350 74400 74450 74500 74550 74600 74650 74700 74750 74800 74850 74900 74950 75000 75050 75100 75150 75200 75250 75300 75350 75400 75450 75500 75550 75600 75650 75700 75750 75800 75850 75900 75950 76000 76050 76100 76150 76200 76250 76300 76350 76400 76450 76500 76550 76600 76650 76700 76750 76800 76850 76900 76950 77000 77050 77100 77150 77200 77250 77300 77350 77400 77450 77500 77550 77600 77650 77700 77750 77800 77850 77900 77950 78000 78050 78100 78150 78200 78250 78300 78350 78400 78450 78500 78550 78600 78650 78700 78750 78800 78850 78900 78950 79000 79050 79100 79150 79200 79250 79300 79350 79400 79450 79500 79550 79600 79650 79700 79750 79800 79850 79900 79950 80000 80050 80100 80150 80200 80250 80300 80350 80400 80450 80500 80550 80600 80650 80700 80750 80800 80850 80900 80950 81000 81050 81100 81150 81200 81250 81300 81350 81400 81450 81500 81550 81600 81650 81700 81750 81800 81850 81900 81950 82000 82050 82100 82150 82200 82250 82300 82350 82400 82450 82500 82550 82600 82650 82700 82750 82800 82850 82900 82950 83000 83050 83100 83150 83200 83250 83300 83350 83400 83450 83500 83550 83600 83650 83700 83750 83800 83850 83900 83950 84000 84050 84100 84150 84200 84250 84300 84350 84400 84450 84500 84550 84600 84650 84700 84750 84800 84850 84900 84950 85000 8505

## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

## SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	D/H	DN
PACIENTE	Alex de Souza Lacerda	
AGNÓSTICOS	HAS NEGA DM2	
ALERGIAS	LEITO 101-1 DATA 07-07-27	
IDADE	PRESCRIÇÃO	
ITEM	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SW
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	10:00
3	SI 0,9% 500ML FV S/N	16:00
4	DIPIRONA 500MG FV 8/6H	16:00
5	OMEPRAZOL 40MG LV 1X05a	16:00
6	TRAMAL 100MG + SI 0,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA	9:00
7	NALBUPRINA 10 MG + 100ML SI 0,9% 100ML EV DE 8/6H SE DOR INTENSA TENHA O ITEM 4	16:00
8	SIMETIGONINA 40 GOTAS VO DE 8/6H	16:00
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N	16:00
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H	16:00
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 600MG VO 12/12H	16:00
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE HAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SW
13	SSV + CCGG 8/6H	SW
14	CURATIVO DIÁRIO	SW
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		

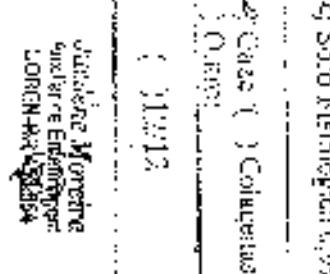
JE DIABÉTICO CORRERÁ COM INSULINA RODA MAR 100U CONFORME ESCALADA:  
250-250-250-250-250-250-250-250-250-250-100 U/L E QU GLICOSE 5/10  
DI mL GLICOSE 50% 40 ML -V + AVISAR PLANTONISTAS

EVOLUÇÃO MÉDICA:  
ENCONTRO PACIENTE DENTALO NO FUTURO, A VIVO, REAIVO, CONTACTUANTE  
II EXAME FÍSICO: BEG, ACINOCÔDICO, ANICRÔNICO, AFEBRIL, HUMÉRICO.  
NORMOCRÔDICO, HIDRATADO.  
ESOLICITADO: RX: # CONSULTA: MANTIDA.  
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ATTA:

Dr. Pedro Di Giacomo  
Ortopedia e Traumatologia  
Centro de Saúde da Família

SINAIS VITais			
6 H	PA	FC	FR
12 H	90x50	60	26/82
18 H	100x60	84	36/76
24 H	100x70	82	
	oblit/190/100/60	70	

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Núcleo de Enfermagem em Protocolo		Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 17/06
Tratamento de Feridas - HGR		Paciente: <u>SLC</u> - <u>dois Scansos</u> - <u>Prótese</u>	Leito: <u>102</u>	Data: <u>07/07/13</u>
Localização	 <b>Região: P. lateral</b>			
	<input checked="" type="checkbox"/> Grau I ( ) II ( )			
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I,II,III ( ) <input checked="" type="checkbox"/> Quimioterapia ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Iração _____ Fixador Externo ( ) Ortopedia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Apresentação do leito	<input checked="" type="checkbox"/> Nécrose: Amarela/Preta ( ) Esgangalhado ( ) Granulogênio ( ) Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Feira: Seca/ ( ) Mórbida Sonda ( ) Outros: _____			
Tele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de lesão/ulceração	<input checked="" type="checkbox"/> Pausento ( ) Serrado ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguinoso ( ) Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado ( ) Líquido ( ) Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Solução de Liq. exs.	<input checked="" type="checkbox"/> Sólo Hidrogênio 0,9% ( ) Clorhexidina 2% ( ) Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Cobertura	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze ( ) Colapetado/crepe ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogênio <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Data	<input checked="" type="checkbox"/> 19/12 ( ) 27/06 ( ) 04/08/13 ( )			
Profissional que realizou procedimento	Júlio César Moreira Júlio César Moreira Endocrinologista LORENHARDO 2013-06-26 100 			
Observações				

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

DATA DE ADMISSÃO 10/11 DN

PACIENTE ALFÉX DOS SANTOS PEREIRA

DIAGNÓSTICO: LX SINFISE PÚBLICA

ATURGIAS	HAB	NEGA	ITEM	DATA	NEGA	HORÁRIO
10	L- TO	101-4		06/07/2019		
1	DIA MÓRULOS				SN	0
2	ACLESO VENOSO PERIFÉRICO				mais	
3	SI 0,9% 500ML EV 6/6H				22/07/2019	
4	CIPRIONA 500MG FV 6/6 - SN				SN 23/07	
5						
6	TRAMAL 100MG + SI 0,9% 100ML CV OU VO DL 8/6H SF DOR				SN 18/07 45	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML 001 0,0% CASO NÃO TENTAR IT				SN	
8	OMEPRAZOL 40MG LV 1X/DIA				05	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 3/3- 8/8				05/07/2019	
10	SIMETICONA GOTAS CV GOTAS VO DL 8/8 h				22/07/2019	
11	CLINDAMICINA 600MG LV 0,5 VO 6/6H				NO	23/07
12	CIPROFLOXACINO 400MG FV OU 500MG VO 12/12H				26	
13	CLEXANF 40MG SC 1X D/A					
14						
15						
16	CAFTICIPRI 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAS > 110 MMHG				SN	
17	SSVV - COGG 6/6				Agen. Mielan	
18	CURAI VO DIÁRIO				Avulso	
19						
20						
21						

SE DIABÉTICO CORRECAO: COAG. REG. MA REGULAR (N/0), CONFORME HABITUAL  
200-250: 3L, 251-300: 4L, 301-350: 5L, 351-400: 6L, 401-450: 7L, 451-500: 8L, 501-550: 9L  
551-600: 10L, 601-650: 11L, 651-700: 12L, 701-750: 13L, 751-800: 14L, 801-850: 15L  
851-900: 16L, 901-950: 17L, 951-1000: 18L, 1001-1050: 19L, 1051-1100: 20L  
1101-1150: 21L, 1151-1200: 22L, 1201-1250: 23L, 1251-1300: 24L, 1301-1350: 25L, 1351-1400: 26L, 1401-1450: 27L, 1451-1500: 28L, 1501-1550: 29L, 1551-1600: 30L, 1601-1650: 31L, 1651-1700: 32L, 1701-1750: 33L, 1751-1800: 34L, 1801-1850: 35L, 1851-1900: 36L, 1901-1950: 37L, 1951-2000: 38L, 2001-2050: 39L, 2051-2100: 40L, 2101-2150: 41L, 2151-2200: 42L, 2201-2250: 43L, 2251-2300: 44L, 2301-2350: 45L, 2351-2400: 46L, 2401-2450: 47L, 2451-2500: 48L, 2501-2550: 49L, 2551-2600: 50L, 2601-2650: 51L, 2651-2700: 52L, 2701-2750: 53L, 2751-2800: 54L, 2801-2850: 55L, 2851-2900: 56L, 2901-2950: 57L, 2951-3000: 58L, 3001-3050: 59L, 3051-3100: 60L, 3101-3150: 61L, 3151-3200: 62L, 3201-3250: 63L, 3251-3300: 64L, 3301-3350: 65L, 3351-3400: 66L, 3401-3450: 67L, 3451-3500: 68L, 3501-3550: 69L, 3551-3600: 70L, 3601-3650: 71L, 3651-3700: 72L, 3701-3750: 73L, 3751-3800: 74L, 3801-3850: 75L, 3851-3900: 76L, 3901-3950: 77L, 3951-4000: 78L, 4001-4050: 79L, 4051-4100: 80L, 4101-4150: 81L, 4151-4200: 82L, 4201-4250: 83L, 4251-4300: 84L, 4301-4350: 85L, 4351-4400: 86L, 4401-4450: 87L, 4451-4500: 88L, 4501-4550: 89L, 4551-4600: 90L, 4601-4650: 91L, 4651-4700: 92L, 4701-4750: 93L, 4751-4800: 94L, 4801-4850: 95L, 4851-4900: 96L, 4901-4950: 97L, 4951-5000: 98L, 5001-5050: 99L, 5051-5100: 100L, 5101-5150: 101L, 5151-5200: 102L, 5201-5250: 103L, 5251-5300: 104L, 5301-5350: 105L, 5351-5400: 106L, 5401-5450: 107L, 5451-5500: 108L, 5501-5550: 109L, 5551-5600: 110L, 5601-5650: 111L, 5651-5700: 112L, 5701-5750: 113L, 5751-5800: 114L, 5801-5850: 115L, 5851-5900: 116L, 5901-5950: 117L, 5951-6000: 118L, 6001-6050: 119L, 6051-6100: 120L, 6101-6150: 121L, 6151-6200: 122L, 6201-6250: 123L, 6251-6300: 124L, 6301-6350: 125L, 6351-6400: 126L, 6401-6450: 127L, 6451-6500: 128L, 6501-6550: 129L, 6551-6600: 130L, 6601-6650: 131L, 6651-6700: 132L, 6701-6750: 133L, 6751-6800: 134L, 6801-6850: 135L, 6851-6900: 136L, 6901-6950: 137L, 6951-7000: 138L, 7001-7050: 139L, 7051-7100: 140L, 7101-7150: 141L, 7151-7200: 142L, 7201-7250: 143L, 7251-7300: 144L, 7301-7350: 145L, 7351-7400: 146L, 7401-7450: 147L, 7451-7500: 148L, 7501-7550: 149L, 7551-7600: 150L, 7601-7650: 151L, 7651-7700: 152L, 7701-7750: 153L, 7751-7800: 154L, 7801-7850: 155L, 7851-7900: 156L, 7901-7950: 157L, 7951-8000: 158L, 8001-8050: 159L, 8051-8100: 160L, 8101-8150: 161L, 8151-8200: 162L, 8201-8250: 163L, 8251-8300: 164L, 8301-8350: 165L, 8351-8400: 166L, 8401-8450: 167L, 8451-8500: 168L, 8501-8550: 169L, 8551-8600: 170L, 8601-8650: 171L, 8651-8700: 172L, 8701-8750: 173L, 8751-8800: 174L, 8801-8850: 175L, 8851-8900: 176L, 8901-8950: 177L, 8951-9000: 178L, 9001-9050: 179L, 9051-9100: 180L, 9101-9150: 181L, 9151-9200: 182L, 9201-9250: 183L, 9251-9300: 184L, 9301-9350: 185L, 9351-9400: 186L, 9401-9450: 187L, 9451-9500: 188L, 9501-9550: 189L, 9551-9600: 190L, 9601-9650: 191L, 9651-9700: 192L, 9701-9750: 193L, 9751-9800: 194L, 9801-9850: 195L, 9851-9900: 196L, 9901-9950: 197L, 9951-10000: 198L, 10001-10050: 199L, 10051-10100: 200L, 10101-10150: 201L, 10151-10200: 202L, 10201-10250: 203L, 10251-10300: 204L, 10301-10350: 205L, 10351-10400: 206L, 10401-10450: 207L, 10451-10500: 208L, 10501-10550: 209L, 10551-10600: 210L, 10601-10650: 211L, 10651-10700: 212L, 10701-10750: 213L, 10751-10800: 214L, 10801-10850: 215L, 10851-10900: 216L, 10901-10950: 217L, 10951-11000: 218L, 11001-11050: 219L, 11051-11100: 220L, 11101-11150: 221L, 11151-11200: 222L, 11201-11250: 223L, 11251-11300: 224L, 11301-11350: 225L, 11351-11400: 226L, 11401-11450: 227L, 11451-11500: 228L, 11501-11550: 229L, 11551-11600: 230L, 11601-11650: 231L, 11651-11700: 232L, 11701-11750: 233L, 11751-11800: 234L, 11801-11850: 235L, 11851-11900: 236L, 11901-11950: 237L, 11951-12000: 238L, 12001-12050: 239L, 12051-12100: 240L, 12101-12150: 241L, 12151-12200: 242L, 12201-12250: 243L, 12251-12300: 244L, 12301-12350: 245L, 12351-12400: 246L, 12401-12450: 247L, 12451-12500: 248L, 12501-12550: 249L, 12551-12600: 250L, 12601-12650: 251L, 12651-12700: 252L, 12701-12750: 253L, 12751-12800: 254L, 12801-12850: 255L, 12851-12900: 256L, 12901-12950: 257L, 12951-13000: 258L, 13001-13050: 259L, 13051-13100: 260L, 13101-13150: 261L, 13151-13200: 262L, 13201-13250: 263L, 13251-13300: 264L, 13301-13350: 265L, 13351-13400: 266L, 13401-13450: 267L, 13451-13500: 268L, 13501-13550: 269L, 13551-13600: 270L, 13601-13650: 271L, 13651-13700: 272L, 13701-13750: 273L, 13751-13800: 274L, 13801-13850: 275L, 13851-13900: 276L, 13901-13950: 277L, 13951-14000: 278L, 14001-14050: 279L, 14051-14100: 280L, 14101-14150: 281L, 14151-14200: 282L, 14201-14250: 283L, 14251-14300: 284L, 14301-14350: 285L, 14351-14400: 286L, 14401-14450: 287L, 14451-14500: 288L, 14501-14550: 289L, 14551-14600: 290L, 14601-14650: 291L, 14651-14700: 292L, 14701-14750: 293L, 14751-14800: 294L, 14801-14850: 295L, 14851-14900: 296L, 14901-14950: 297L, 14951-15000: 298L, 15001-15050: 299L, 15051-15100: 300L, 15101-15150: 301L, 15151-15200: 302L, 15201-15250: 303L, 15251-15300: 304L, 15301-15350: 305L, 15351-15400: 306L, 15401-15450: 307L, 15451-15500: 308L, 15501-15550: 309L, 15551-15600: 310L, 15601-15650: 311L, 15651-15700: 312L, 15701-15750: 313L, 15751-15800: 314L, 15801-15850: 315L, 15851-15900: 316L, 15901-15950: 317L, 15951-16000: 318L, 16001-16050: 319L, 16051-16100: 320L, 16101-16150: 321L, 16151-16200: 322L, 16201-16250: 323L, 16251-16300: 324L, 16301-16350: 325L, 16351-16400: 326L, 16401-16450: 327L, 16451-16500: 328L, 16501-16550: 329L, 16551-16600: 330L, 16601-16650: 331L, 16651-16700: 332L, 16701-16750: 333L, 16751-16800: 334L, 16801-16850: 335L, 16851-16900: 336L, 16901-16950: 337L, 16951-17000: 338L, 17001-17050: 339L, 17051-17100: 340L, 17101-17150: 341L, 17151-17200: 342L, 17201-17250: 343L, 17251-17300: 344L, 17301-17350: 345L, 17351-17400: 346L, 17401-17450: 347L, 17451-17500: 348L, 17501-17550: 349L, 17551-17600: 350L, 17601-17650: 351L, 17651-17700: 352L, 17701-17750: 353L, 17751-17800: 354L, 17801-17850: 355L, 17851-17900: 356L, 17901-17950: 357L, 17951-18000: 358L, 18001-18050: 359L, 18051-18100: 360L, 18101-18150: 361L, 18151-18200: 362L, 18201-18250: 363L, 18251-18300: 364L, 18301-18350: 365L, 18351-18400: 366L, 18401-18450: 367L, 18451-18500: 368L, 18501-18550: 369L, 18551-18600: 370L, 18601-18650: 371L, 18651-18700: 372L, 18701-18750: 373L, 18751-18800: 374L, 18801-18850: 375L, 18851-18900: 376L, 18901-18950: 377L, 18951-19000: 378L, 19001-19050: 379L, 19051-19100: 380L, 19101-19150: 381L, 19151-19200: 382L, 19201-19250: 383L, 19251-19300: 384L, 19301-19350: 385L, 19351-19400: 386L, 19401-19450: 387L, 19451-19500: 388L, 19501-19550: 389L, 19551-19600: 390L, 19601-19650: 391L, 19651-19700: 392L, 19701-19750: 393L, 19751-19800: 394L, 19801-19850: 395L, 19851-19900: 396L, 19951-20000: 397L, 20001-20050: 398L, 20051-20100: 399L, 20101-20150: 400L, 20151-20200: 401L, 20201-20250: 402L, 20251-20300: 403L, 20301-20350: 404L, 20351-20400: 405L, 20401-20450: 406L, 20451-20500: 407L, 20501-20550: 408L, 20551-20600: 409L, 20601-20650: 410L, 20651-20700: 411L, 20701-20750: 412L, 20751-20800: 413L, 20801-20850: 414L, 20851-20900: 415L, 20901-20950: 416L, 20951-21000: 417L, 21001-21050: 418L, 21051-21100: 419L, 21101-21150: 420L, 21151-21200: 421L, 21201-21250: 422L, 21251-21300: 423L, 21301-21350: 424L, 21351-21400: 425L, 21401-21450: 426L, 21451-21500: 427L, 21501-21550: 428L, 21551-21600: 429L, 21601-21650: 430L, 21651-21700: 431L, 21701-21750: 432L, 21751-21800: 433L, 21801-21850: 434L, 21851-21900: 435L, 21901-21950: 436L, 21951-22000: 437L, 22001-22050: 438L, 22051-22100: 439L, 22101-22150: 440L, 22151-22200: 441L, 22201-22250: 442L, 22251-22300: 443L, 22301-22350: 444L, 22351-22400: 445L, 22401-22450: 446L, 22451-22500: 447L, 22501-22550: 448L, 22551-22600: 449L, 22601-22650: 450L, 22651-22700: 451L, 22701-22750: 452L, 22751-22800: 453L, 22801-22850: 454L, 22851-22900: 455L, 22901-22950: 456L, 22951-23000: 457L, 23001-23050: 458L, 23051-23100: 459L, 23101-23150: 460L, 23151-23200: 461L, 23201-23250: 462L, 23251-23300: 463L, 23301-23350: 464L, 23351-23400: 465L, 23401-23450: 466L, 23451-23500: 467L, 23501-23550: 468L, 23551-23600: 469L, 23601-23650: 470L, 23651-23700: 471L, 23701-23750: 472L, 23751-23800: 473L, 23801-23850: 474L, 23851-23900: 475L, 23901-23950: 476L, 23951-24000: 477L, 24001-24050: 478L, 24051-24100: 479L, 24101-24150: 480L, 24151-24200: 481L, 24201-24250: 482L, 24251-24300: 483L, 24301-24350: 484L, 24351-24400: 485L, 24401-24450: 486L, 24451-24500: 487L, 24501-24550: 488L, 24551-24600: 489L, 24601-24650: 490L, 24651-24700: 491L, 24701-24750: 492L, 24751-24800: 493L, 24801-24850: 494L, 24851-24900: 495L, 24901-24950: 496L, 24951-25000: 497L, 25001-25050: 498L, 25051-25100: 499L, 25101-25150: 500L, 25151-25200: 501L, 25201-25250: 502L, 25251-25300: 503L, 25301-25350: 504L, 25351-25400: 505L, 25401-25450: 506L, 25451-25500: 507L, 25501-25550: 508L, 25551-25600: 509L, 25601-25650: 510L, 25651-25700: 511L, 25701-25750: 512L, 25751-25800: 513L, 25801-25850: 514L, 25851-25900: 515L, 25901-25950: 516L, 25951-26000: 517L, 26001-26050: 518L, 26051-26100: 519L, 26101-26150: 520L, 26151-26200: 521L, 26201-26250: 522L, 26251-26300: 523L, 26301-26350: 524L, 26351-26400: 525L, 26401-26450: 526L, 26451-26500: 527L, 26501-26550: 528L, 26551-26600: 529L, 26601-26650: 530L, 26651-26700: 531L, 26701-26750: 532L, 26751-26800: 533L, 26801-26850: 534L, 26851-26900: 535L, 26901-26950: 536L, 26951-27000: 537L, 27001



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

DATA DE ADMISSÃO: 03/07/2013  
 PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PEREIRA

DIAGNÓSTICO: LX SINFISE PUBICA

ALÉRGIAS: HAG: NEGA DM2: NEGA  
 IDADE: 31- DATA: 09/07/2013  
 ITEM: PR. RICARDO

ITEM	ULTIMA ORAL LIBRE	HORÁRIO
1	ACELLO VENCIDO FFR TECNO	9w
2	SE 0,3% 50ML EV 0:0	Madrugada
3	DIFERONA 500MG LV 6:00 1SN	12:00-21:00
4		3w 21:00
5		-
6	TRAMAL 100MG + SE 0,9% 100ML EV OU VO 0:0 8/8H SE DOR	9w
7	NA: S. FINA 10 MG + 100ML SE 0,9% CASO NÃO TENHA O FFE	-
8	OMIFRAZO 40MG FV 1X/24H	06
9	WFTOCLOM 500MG FV 9:00-8:00	3w
10	S METOCONA 0,05% 40 GUTAS VO DF 8:00-16:00	NV
11	CLINDAMICINA 300MG LV OU VO 6:00-	12:00-21:00
12	CIPROLOXACINA 400MG FV OU 800MG VO 12/12H	12:00-21:00
13	C. FXANT 400MG SC 1X/DIA	16
14		-
15		-
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 L C/ PAS > 110 MMHg	3w
17	SSVV + O200 8/8 H	Madrugada
18	ICATRATO DIÁRIO	4-6
19		-
20		-
21		-

SE DIABETICO: NÃO COM INSU. NA REGIÃO P/ ISOL. CONFORME ESQUEMA  
 200-300. 200-250-300-400-500-600-700-800-900-1000 SEU GLICOSE 6-70  
 0-100-150-200-250-300-400 ML EV. AVISAS PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRADO PACIENTE DE TATO NO FIC, ALVO, TENSÃO, CONTACTO: BOM  
 EXAME FÍSICO: BOM, ALIMENTO BOM, ANTERIORICO, PÉDRO E CLPRHICO,

NORMOCORÁDICO, TÉRMOMÉTRICO.

EVOLUTO:

CONDUTA: MANT DA

PROGRAMAÇÃO DE EXAMES.

PREVISÃO DE SAÍDA

SINAIS VITAIS				Dr. FEDRO DE SOUSA IAUSTO C.M.-C 2013 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	110/54	63	-	
	06	115/66	70	

21h T: 38°C

D. Pedro  
Residente de Ortopedia e Traumatologia



SUS

Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - CNPJ/CPF/REGISTRO FONTE/EXCELENTE

3 - CNPJ/CPF/REGISTRO FONTE/EXCELENTE

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

5 - NOME PATERNICO

6 - NOME DA MULHER

7 - NOME DA MULHER

8 - NOME DA MULHER

9 - NOME DA MULHER

10 - NOME DA MULHER

11 - NOME DA MULHER

12 - NOME DA MULHER

13 - NOME DA MULHER

14 - NOME DA MULHER

15 - NOME DA MULHER

16 - NOME DA MULHER

17 - NOME DA MULHER

18 - NOME DA MULHER

19 - NOME DA MULHER

20 - NOME DA MULHER

21 - NOME DA MULHER

22 - NOME DA MULHER

23 - NOME DA MULHER

24 - NOME DA MULHER

25 - NOME DA MULHER

26 - NOME DA MULHER

27 - NOME DA MULHER

28 - NOME DA MULHER

29 - NOME DA MULHER

30 - NOME DA MULHER

31 - NOME DA MULHER

32 - NOME DA MULHER

33 - NOME DA MULHER

34 - NOME DA MULHER

35 - NOME DA MULHER

36 - NOME DA MULHER

37 - NOME DA MULHER

38 - NOME DA MULHER

39 - NOME DA MULHER

40 - NOME DA MULHER

41 - NOME DA MULHER

42 - NOME DA MULHER

43 - NOME DA MULHER

44 - NOME DA MULHER

45 - NOME DA MULHER

46 - NOME DA MULHER

47 - NOME DA MULHER

48 - NOME DA MULHER

49 - NOME DA MULHER

50 - NOME DA MULHER

51 - NOME DA MULHER

52 - NOME DA MULHER

53 - NOME DA MULHER

54 - NOME DA MULHER

55 - NOME DA MULHER

56 - NOME DA MULHER

57 - NOME DA MULHER

58 - NOME DA MULHER

59 - NOME DA MULHER

60 - NOME DA MULHER

61 - NOME DA MULHER

62 - NOME DA MULHER

63 - NOME DA MULHER

64 - NOME DA MULHER

65 - NOME DA MULHER

66 - NOME DA MULHER

67 - NOME DA MULHER

68 - NOME DA MULHER

69 - NOME DA MULHER

70 - NOME DA MULHER

71 - NOME DA MULHER

72 - NOME DA MULHER

73 - NOME DA MULHER

74 - NOME DA MULHER

75 - NOME DA MULHER

76 - NOME DA MULHER

77 - NOME DA MULHER

78 - NOME DA MULHER

79 - NOME DA MULHER

80 - NOME DA MULHER

81 - NOME DA MULHER

82 - NOME DA MULHER

83 - NOME DA MULHER

84 - NOME DA MULHER

85 - NOME DA MULHER

86 - NOME DA MULHER

87 - NOME DA MULHER

88 - NOME DA MULHER

89 - NOME DA MULHER

90 - NOME DA MULHER

91 - NOME DA MULHER

92 - NOME DA MULHER

93 - NOME DA MULHER

94 - NOME DA MULHER

95 - NOME DA MULHER

96 - NOME DA MULHER

97 - NOME DA MULHER

98 - NOME DA MULHER

99 - NOME DA MULHER

100 - NOME DA MULHER

101 - NOME DA MULHER

102 - NOME DA MULHER

103 - NOME DA MULHER

104 - NOME DA MULHER

105 - NOME DA MULHER

106 - NOME DA MULHER

107 - NOME DA MULHER

108 - NOME DA MULHER

109 - NOME DA MULHER

110 - NOME DA MULHER

111 - NOME DA MULHER

112 - NOME DA MULHER

113 - NOME DA MULHER

114 - NOME DA MULHER

115 - NOME DA MULHER

116 - NOME DA MULHER

117 - NOME DA MULHER

118 - NOME DA MULHER

119 - NOME DA MULHER

120 - NOME DA MULHER

121 - NOME DA MULHER

122 - NOME DA MULHER

123 - NOME DA MULHER

124 - NOME DA MULHER

125 - NOME DA MULHER

126 - NOME DA MULHER

127 - NOME DA MULHER

128 - NOME DA MULHER

129 - NOME DA MULHER

130 - NOME DA MULHER

131 - NOME DA MULHER

132 - NOME DA MULHER

133 - NOME DA MULHER

134 - NOME DA MULHER

135 - NOME DA MULHER

136 - NOME DA MULHER

137 - NOME DA MULHER

138 - NOME DA MULHER

139 - NOME DA MULHER

140 - NOME DA MULHER

141 - NOME DA MULHER

142 - NOME DA MULHER

143 - NOME DA MULHER

144 - NOME DA MULHER

145 - NOME DA MULHER

146 - NOME DA MULHER

147 - NOME DA MULHER

148 - NOME DA MULHER

149 - NOME DA MULHER

150 - NOME DA MULHER

151 - NOME DA MULHER

152 - NOME DA MULHER

153 - NOME DA MULHER

154 - NOME DA MULHER

155 - NOME DA MULHER

156 - NOME DA MULHER

157 - NOME DA MULHER

158 - NOME DA MULHER

159 - NOME DA MULHER

160 - NOME DA MULHER

161 - NOME DA MULHER

162 - NOME DA MULHER

163 - NOME DA MULHER

164 - NOME DA MULHER

165 - NOME DA MULHER

166 - NOME DA MULHER

167 - NOME DA MULHER

168 - NOME DA MULHER

169 - NOME DA MULHER

170 - NOME DA MULHER

171 - NOME DA MULHER

172 - NOME DA MULHER

173 - NOME DA MULHER

174 - NOME DA MULHER

175 - NOME DA MULHER

176 - NOME DA MULHER

177 - NOME DA MULHER

178 - NOME DA MULHER

179 - NOME DA MULHER

180 - NOME DA MULHER

181 - NOME DA MULHER

182 - NOME DA MULHER

183 - NOME DA MULHER

184 - NOME DA MULHER

185 - NOME DA MULHER

186 - NOME DA MULHER

187 - NOME DA MULHER

188 - NOME DA MULHER

189 - NOME DA MULHER

190 - NOME DA MULHER

191 - NOME DA MULHER

192 - NOME DA MULHER

193 - NOME DA MULHER

194 - NOME DA MULHER

195 - NOME DA MULHER

196 - NOME DA MULHER

197 - NOME DA MULHER

198 - NOME DA MULHER

199 - NOME DA MULHER

200 - NOME DA MULHER

201 - NOME DA MULHER

202 - NOME DA MULHER

203 - NOME DA MULHER

204 - NOME DA MULHER

205 - NOME DA MULHER

206 - NOME DA MULHER

207 - NOME DA MULHER

208 - NOME DA MULHER

209 - NOME DA MULHER

210 - NOME DA MULHER

211 - NOME DA MULHER

212 - NOME DA MULHER

213 - NOME DA MULHER

214 - NOME DA MULHER

215 - NOME DA MULHER

216 - NOME DA MULHER

217 - NOME DA MULHER

218 - NOME DA MULHER

219 - NOME DA MULHER

220 - NOME DA MULHER

221 - NOME DA MULHER

222 - NOME DA MULHER

223 - NOME DA MULHER

224 - NOME DA MULHER

225 - NOME DA MULHER

226 - NOME DA MULHER

227 - NOME DA MULHER

228 - NOME DA MULHER

229 - NOME DA MULHER

230 - NOME DA MULHER

231 - NOME DA MULHER

232 - NOME DA MULHER

233 - NOME DA MULHER

234 - NOME DA MULHER

235 - NOME DA MULHER

236 - NOME DA MULHER

237 - NOME DA MULHER

238 - NOME DA MULHER

239 - NOME DA MULHER

240 - NOME DA MULHER

241 - NOME DA MULHER

242 - NOME DA MULHER

243 - NOME DA MULHER

244 - NOME DA MULHER

245 - NOME DA MULHER

246 - NOME DA MULHER

247 - NOME DA MULHER

248 - NOME DA MULHER

249 - NOME DA MULHER

250 - NOME DA MULHER

251 - NOME DA MULHER

252 - NOME DA MULHER

253 - NOME DA MULHER

&lt;p

BOLETIM OPERATÓRIO

ALBY DA SAUZ  
PERUZ

Data: 01/03/16

0.5

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:

Fistula laringeofaringeofaríngea

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

Ressecção e fechamento

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Ressecção e fechamento

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

N/A

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

N/A

CIRURGIAO:

Dr. LCL

1º AUXILIAR: Dr. C. Enros

2º AUXILIAR:

N/A

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

N/A

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Dr. Edine

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Preoperatório  
 - ALBY, 61 Anos  
 - Corpo aberto, urina e fômites  
 - houve nenhuma constipação  
 - houve nenhuma infecção  
 - Cauda



Dr. José L. Lopes Júnior  
M.D. - M.B.B.S.



GOVERNO DO ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL

FIG 2 - DENDROTA Elettra  
Quinta-feira - Vespertino  
11 / 07 / 2019 FIG

## FICHA DE ANESTESIA

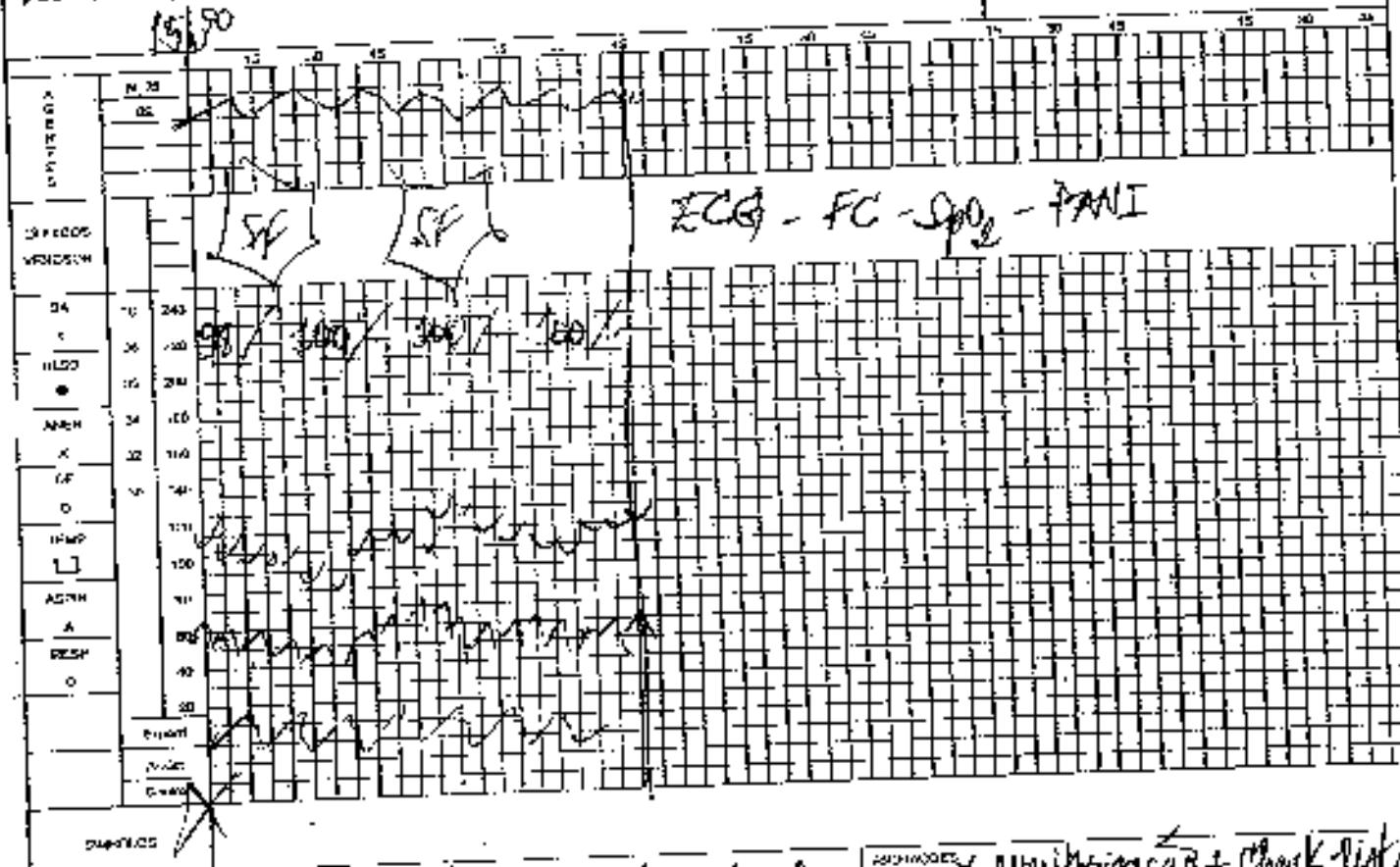
Alex dos SANTOS PEREIRA, 29a

ACA - 1

THE NEW YORK - ORIGIN DATE - 1909A - 2FBTJ

New Results

150



Brasil Ap. 05/	66.5mm	Scaphiopus terraenovae
Brasil Ap. 05/	45.5mm	Uperoleia amplexicauda
Brasil Ap. 05/	25mm	Uperoleia cons. obscurata
Brasil Ap. 05/	40mm	Uperoleia ephippium
Brasil Ap. 05/	40mm	Uperoleia apicalis
Brasil Ap. 05/	25mm	Uperoleia luteola
Brasil Ap. 05/	25mm	Uperoleia luteola

- X Monitorizacão + Check-list
- # Pre-Q. Job CA;
- # Assessia logística e álcool
- # Formato Subaracnóidea com  
forma técnica descripta no topo  
sem evidências de intercorrência
- # Bloqueio / sensação motor afe  
guido;
- X # Sala de RPA estavel.

X 11/10/2010 de RPA, estavel

## Fenômenos fisiológicos de Pânico

— 198

James / Dr. Carlos Dominguez

三

EDINO ALVAREZ AND A. SOARES  
AUGUST 1990 - JUN 2014  
RQE 147

卷之三

### SOCIAL WORK AS PRACTICE AND PREDICTION

SECTION TWO: PLACEMENT, EXPRESSIONS, AND CREDITS

NOME DO PACIENTE		APTO/QUARTO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Alex dos Santos				107
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE OPERAÇÃO
Fixação Frat. de Rolaia l/ Fractura extirpo		INÍCIO	16:00	TEMPO TOTAL 16:50
CIRURGIA		EQUIPO MÉDICO		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA	DR. Estevam	
2º AUXILIAR		RGS, ANEST. USINA		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCUULANTE	Yannick Locaw de + Socorro	
1º DC ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
2º DC ANESTESIA		10:00	REFORÇAMENTOS	
PCIS ECO-PRIF. BACLOFEN			FRASCO-SORO FISIOLÓGICO	
L.C.D.			FRASCO-SORO RINGER LACTADO	
SACOFÍSTICO			FRASCO-SORO GLICOSADO	
LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYL N°	
LUVA ESTERIL 7,5			FIO MONONYLON N°	
LUVA ESTERIL 8,0			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
LUVAS DE PROCEDIMENTOS			FIO CATGUT SIMPLIS N°	
LÂMINA BISSECTA N°			FIO CATGUT CROMADIN N°	
BRUNO DE SUCCIÓN N°			FIO PROLENE N°	
SERINGA 10 ml			HA-ELDA N° 1000ml	
SERINGA 50 ml			SERIGOL	
SERINGA 100 ml			CPHA-PLASSO 50ml	
SERINGA 200 ml			REF. CAVIARATA N°	
OUTROS: Alex + 130ml			GOMAR + 50ml	

— 1960-1961 — 1961-1962 — 1962-1963 — 1963-1964 —

MATERIALS AND METHODS. The experiments were carried out in a 1000-l. glass aquarium, 100 cm. long, 50 cm. wide, and 50 cm. high.

1. *Leucosia* (Leucosia) *leucosia* (L.)

FUNCIONARIO/GALLEGOS | [www.funcionariogallegos.com](http://www.funcionariogallegos.com) | [info@funcionariogallegos.com](mailto:info@funcionariogallegos.com)

DEPARTMENT OF PATIENTS

### MATERIA. MECANISMOS

2018-01-22

1000 125 57554

### NAME OF ANESTHESIA

5016

ENVIAR ESTE FORMATO ARGO A CONFIANCIADA OF







ESTADO DE RORAIMA.  
MUNICIPIO DE PONTO DA BANDA  
CAIXA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento:	Responsible:	Procedimento Realizado:
HOSPITAL GERAL DE BOAVENTURA	Entropedia	Exercício Fis. de Força e/ Fixador Externo
Paciente:	Nome do Prontuário	Data
Alex dos Santos Freire	46.07.19	
Bluto:	Nº da Sala	Circulante de Serviço
Enfermaria		

REVISÃO DE PACIENTES ATENDIDOS NO PROCEDIMENTO

### Fixation fakturino de 400mm

Pedidos dos materiais/Serviço				
Hospital Geral de Botucatu (X) Empresarial   Pedidos Adicionais:				
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
01	Lote: 009548 Código: A032.8.641 PENO INOX/ALUMÍNIO/PLASTICO - R X C X 4,5 X 200 X T  Fab.: 18/12/2018 Val.: 12/2028 Registro Anvisa: NF 50083620026 Material 4FGO INOX FI134	Lote: 009546 Código: 708.3.200 SISTEMA DE FIXACAO OS 0864 SARTORI - LINPEX EX-MTR/BACTA T 400 - ESTERIL. Fab.: 13/11/2018 Val.: 10/2023 Registro Anvisa: NF 50083620031 Material ACO INOX ALIMENTAR	01	
	Lulu Guilherme Bortoli & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 Rua: Chico Mendes TEL: +55 11 3328-1010 Telefax: +55 11 3328-1010	Lulu Guilherme Bortoli & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP TEL: +55 11 3328-1010 Telefax: +55 11 3328-1010		

MÉDICO CIRURGÃO:

1º AUXILIAR. Dr. Carlos Enrique

ESTATE PLANNING

SELECT FROM (SELECT ID, NAME  
FROM OPEN/CART

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

NEGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	11/07/2007	15/07/2007	
AGNOSTIS	18/07/2007	NEGA	
ALÉRGIAS	NEGA	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	MORÁRIO
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		3.000
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		14h00
3	SF 0,9% 600ML EV SIN		15/07/2007
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X01A		3.00
6	(RAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML IV DE 8/8H SE DOR INTENSA		3.00
7	NALBUTEROL 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4		18/07/2007
8	SIMETOCONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h		02/08/2007
9	METÓGLOPRAMIDA 10MG EV 8/8h S/N		3.00
10	CLINDAMICINA 300MG FV OU VO 6/6H		18/07/2007
11	CIPRÔFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H		06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG		Reflac
13	SSV + OCOG 6/6 H		carb
14	CURATIVO DIÁRIO		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORRERÁ COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME PECUNIÁRIA.  
200-250: 20U, 251-300: 40U, 301-350: 60U, 351-400: 100U E OU GLICOSSE > 120  
DLU/M, GLU 200E SOFA 40 ML FV + AVISAR PLANTEAMA

Pecunia sc e cc

EVOLUÇÃO MÉDICA:  
ENCONTRADO PACIENTE DE IDADE NO TÉLIO, ATIVO, CATIVO, CONTACTANTE E BOMA CONDIÇÃO.  
EXAME FÍSICO: REG, ALVANÓTICO, ANG. TRIC, AERIAL, EPIFENO.  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
SOLICITADO: RX: 1 CONDUVA, MANTUA  
PROGRAMAÇÃO DE CIRÚRGIA:  
PREVISÃO DE ALTA

*Atendido e liberado*

SINAIS VITais			
6 H	PA	PC	FR
12 H			
18 H			
24 H	1 (br/6)	93	56,3

MÉDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Reaberto - Reaberto dia 08/07/2007

08:30 - 78:

08:30 - PR: 96, PS: 71, T: 36,7. Dolor leve. Peso: 65,00

103-1

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

DATA DE ADMISSÃO 01/07/2019

PACIENTE ALEX DOS SANTOS PEREIRA

AGNOSTICO LX SINFISE PUBICA

ALERGIAS TENS NEGA DM2 NEGA

IDADE 101-1 DATA 11/07/2019

ITEM PRSCRIÇÃO HORARIO

1	DIETA GERAL LVRL	SN
2	ACESSO VENOSO FVR PLACO	18:00
3	SB 0,9% 500ML EV 0/8H	SN
4	D PRONAT 500MG AV 6/6, SA	SN
5		
6	TRAMAL 100MG + 5% 0,8% 100ML LV OU VO DE 8H SE DOR	SN
7	NALBU-DINA 10MG 1/100ML SO 0,9% CASO NAO TENS. A OIT	SN
8	OMEPRAZOL 40MG LV 1X/DIA	SN
9	MELOCLORAMIDA 10MG FV 0/8 SIN	74-21 06
10	SIMETICONA 60MG AV 0/8 SIN	18:00
11	CLUNDAMICINA 800MG FV OU VO 8/8H	10-21
12	CIPROFLOXACINO 400MG FV OU 500MG VO 12/12H	21
13	CI EXANE 40MG SO 1X DIA	21
14		
15		
16	CAPTOPR 125MG VO 3C FAS > 160 E OU PAD > 110 MMHC	SN
17	SSVV 1 CUGO 8/8 H	Afer. pression. cravato
18	COPATIVO DIARIO	
19		
20		
21		

SE DIABETICO CORNECA 100M, N.S. DA REGULAT (90%). CONFORME EQUAÇAO:  
200:257 = 201 300:41, 301 350:51, 351 400:61, 61:2/00 10 UI FOL C1 DOSE 4/0  
DIA, GL DOSE 40% 40ML EV + ANTES DE ALIMENTAÇAO

EVOLUÇÃO MÉDICA

RECONDUZ PACIENTE ORTOPEDICO, TO, ATVO, F-ATVO, CONTINUA F-ATVO.

EXAMEN FÍSICO: B-HG, ALCANHÔA, C. ANKÍTICO, AFER 34,1, D. INÍCIO.

NORMA CORAÇAO, HEMATOLOGIA.

HSG - 11.800

ECO-CONDUZ: MANTIDA

ECOCARDIAGOGIA: CRÍTICA

IT-EXAMES DE CINTA.

Dr. Rogério J. F. Paula  
Médico  
Ortopedista  
CRM-RR 1002-114

Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO

CRM-PR 23/8

Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR
	12 H	99X21	75	19 35
	18 H			
	24 H			

12:00h. Diferido SS VU, adm. an med. C.PM.

0101-1

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

DATA DE ADM: 08/07/2016 | DIH | DN

PACIENTE: ALEX DOS SANTOS PERCIRA

DIAGNÓSTICO: LX SINFISE PUBICA

ALERGIAS: HAS | NEGA | DMZ | NEGA

ADADE: 18 | E.T.O.: 101-4 | DATA: 12/07/2016 | TORÁRIO

ITEM | EFEITO TÉCNICO | S/N | DURADURA

1. DIFTAOSÉN 10MG | S/N | 08/07/2016 | Dose única

2. ACESSO VENOSO - FRIFERICO | S/N | 12/07/00 06

3. SF 0,8% 500ML EV 6/6H | S/N | 12/07/00 06

4. DIPIRONA 600MG EV 6/6H 3X | S/N | 12/07/00 06

5. TRAMAL 100MG + SF 0,8% 500ML EV OU VO DL 3/8 | SF DOD | S/N | 12/07/00 06

6. NALBUFINA 10 MG + 100ML SF 0,8% CASO NÃO TENHA O SF | S/N | 12/07/00 06

7. OMOPHAZOL 40MG PV 1X/DIA | S/N | 12/07/00 06

8. MFTODICOPRAMIDA 10MG LV 8/8, S/N | S/N | 12/07/00 06

9. BIMUTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 5/8 h | S/N | 12/07/00 06

10. BIMUTICONA 600MG EV OU VO 6/6H | S/N | 12/07/00 06

11. CANDAMICINA 600MG PV OU VO 12/12/11 | S/N | 12/07/00 06

12. CIROFLOXACINO 400MG PV OU VO 12/12/11 | S/N | 12/07/00 06

13. OXIBRAME 400MG VO 1X/DIA | S/N | 12/07/00 06

14. | S/N | 12/07/00 06

15. CAPTO 25 MG VO SE PAS + 100 E OU PAD + 100MMIG | S/N | 12/07/00 06

16. SSVV + 200G 3/8 H | S/N | 12/07/00 06

17. CURATIVO DÁRIO | S/N | 12/07/00 06

18. | S/N | 12/07/00 06

19. | S/N | 12/07/00 06

20. | S/N | 12/07/00 06

21. | S/N | 12/07/00 06

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (R), CONFORME - FOCO - MAIS  
700 200 3/4, 200 270 4UI 300 250, 6UI 360-400 8UI 2470 10 UI - OU GLUCOSE 2-400  
OLM - CLÍNICO - 100 17 MIL EV - AVESAR FLANTONIA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

I - NCONTRATO PACIENTE: ALEXANDRE RODRIGO, A1/VO, HUMANO, CONTAUTANTE.

II - EXAME HS100: BFG, ASIACÓCIDO, ANITÉRICO, ALERGICO, EUMET CO.

NORMOCRÔNICO, HEMATÓLOGICO.

# SOLICITADO:

# CONSULTA: MANTIDA

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

"28-07-2016 DE 08:00

SINAIS VITAIS

6 H PA FC FR

12 H 110X70 86 36,2

18 H

24 H

Dr. PEDRO C. DE SOUZA FAUSTO

CRM-RR 2078

Residente de Ortopedia e Traumatologia

Afrônodo SSVV CPM

Liliane Oliveira de Souza  
CRM-RR 726.138

IV. Residente de Ativida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 726.138

Dr. Adelito C. de Souza  
CRM-RR 1412  
Residente de Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 726.138



101-1  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Alex dos Santos Picoline 9 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 29/07/19 COM  
DIAGNÓSTICO DE Fixação de Fratura

NO DIA 29/07/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Redegão da Fratura e Fixação de Fratura SENDO  
OPERADO PELO DR. Walter E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/08/19 AS 10:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 21/08/19, AS 13:00, COM O  
DR. Walter

ORIENTAÇÕES GERAIS:

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Walter

BOA VISTA

Dr. Pedro de S. Júnior  
Médico Residente  
Osteoartrologista  
CRM-RR 2078  
MÉDICO

40-18404-25774867  
1984-1985-25774867-25774868

2011年1月27日

Sect. 2.3.2000

5000  $\times$  1000  $\times$  1000

Polarized light

<sup>10</sup> See, for example, the discussion of the "right to be forgotten" in the European Union's General Data Protection Regulation (GDPR), Article 17(1).

• 107

Cytokines

Chapitre 10: Fonctions

2020-01-11 10:20:20

THEORY OF THE EARTH

— — — — —

— — — —

— — — — —

— — — — —

Wiley - Journal of Oral Rehabilitation 32: 1065-1072

卷之三

1930-1931

Orange County

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE 1914 10-12500  
U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1914. 10-12500  
U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1914. 10-12500  
U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE: 1914. 10-12500

Lot# 000495 1764pp: A(F3.3 641  
PCVQ INTRAMIDELAR OSSEUS R.  
X CX 4.4 X 200 X 1

Publi: 12/11/2021 Val: 12/2021  
Registrat. Antydels N:o 0009336501026  
Material: ACO GNX Frits

Telz Gmtherma Sarter & Cia Ltda. - PT  
CNPJ: 04.881.623/0001-00 - Rio Claro/9  
Tel: +55 19 3338-1919 [Info@sarterfinds.com](mailto:Info@sarterfinds.com)

HOSPITAL CORONEL MOTA

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

9148

15/08/2009

50,7%



D

ALEX DOS SANTOS PEREIRA ..... 9143...

HOSPITAL CORONEL MOTA

15/08/2019

52,0 %

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

10941

HOSPITAL CORONEL MOTÁ

9/08/2019

Fracasso

20796



ALEXANDROS SANTOS PEREIRA

HOSPITAL CORONEL MOTA

9143

15/03/2019

50.7 %

**Not intended for official interpretation.**

ALERT 10000 SCRATCH PAPER  
105 47 10. A  
M  
BAGHDAD, IRF  
7/26/2013  
1240 PM

FCSP 62501 DE 1000000  
Operador: HABIBI/ABU QASIM  
-KV, m/s  
Zona: 10000



1000000

L 128  
W 266



**Not intended for official interpretation.**

ALLEN 006 SANTOS PEREIRA  
FILED A 001 00  
b  
DACA-SP  
7/15/2010  
10:10 AM

HOSP. GERAL DE MARINGÁ  
Operador: MARCOS FELIX  
- KV, XMAS  
300m 100%



**Not intended for official interpretation.**

PLEX 000 SANTOS PEREIRA

100-0144-A

24

ERICKA AP

180210

230 PM

HOOP SERV. DE FORAMIN

Operador 0000000000000000

- 24, MAC

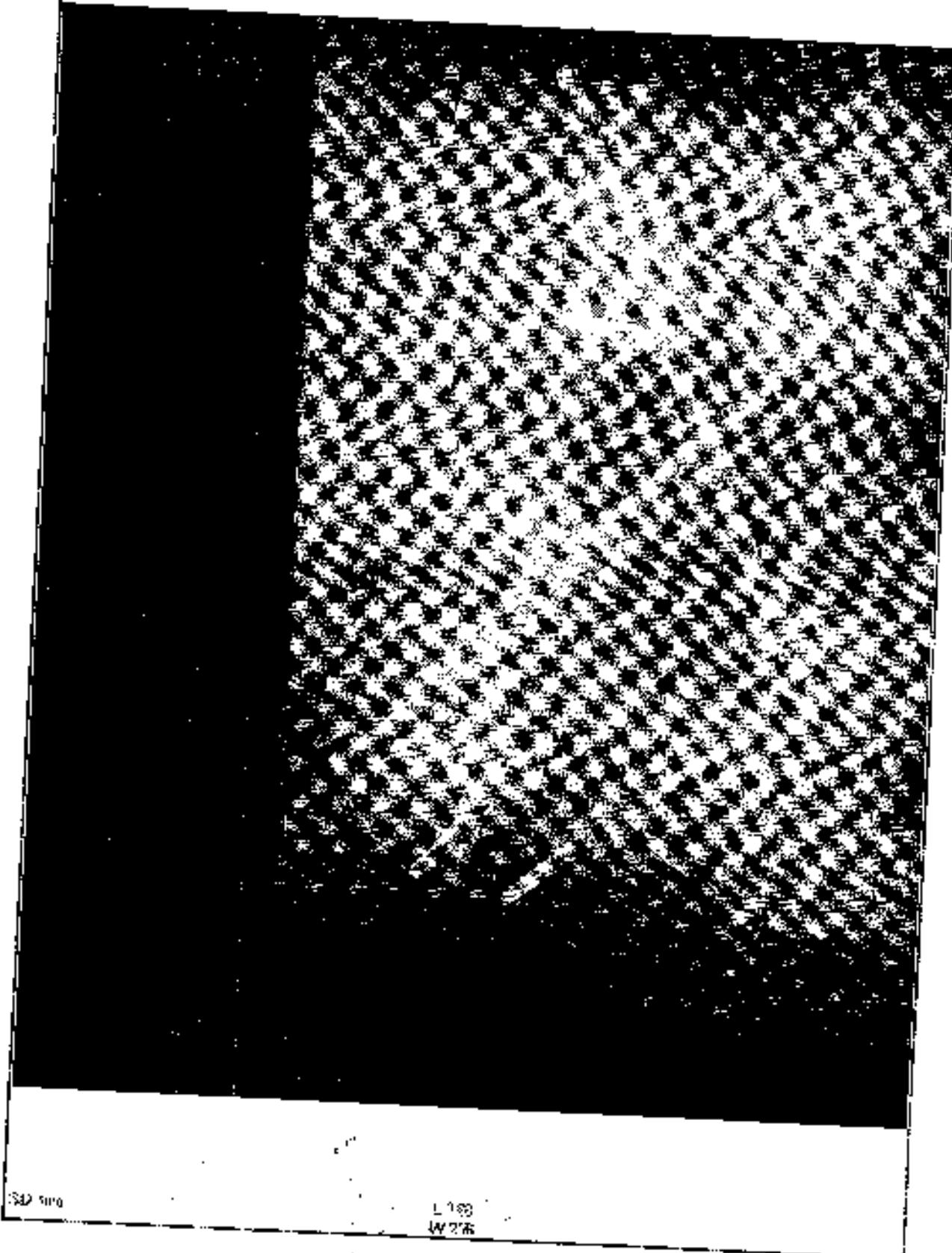
Zoom 100%



**Not intended for official interpretation.**

ALERT 5000: SECURITY INFORMATION  
EXH-01-01-A  
M  
EAGLE UP  
700/000  
20001M

NSP GENERAL ORDERS  
Operator Name: C. B. (John) B.  
- 100 - 1000  
Date: 1000

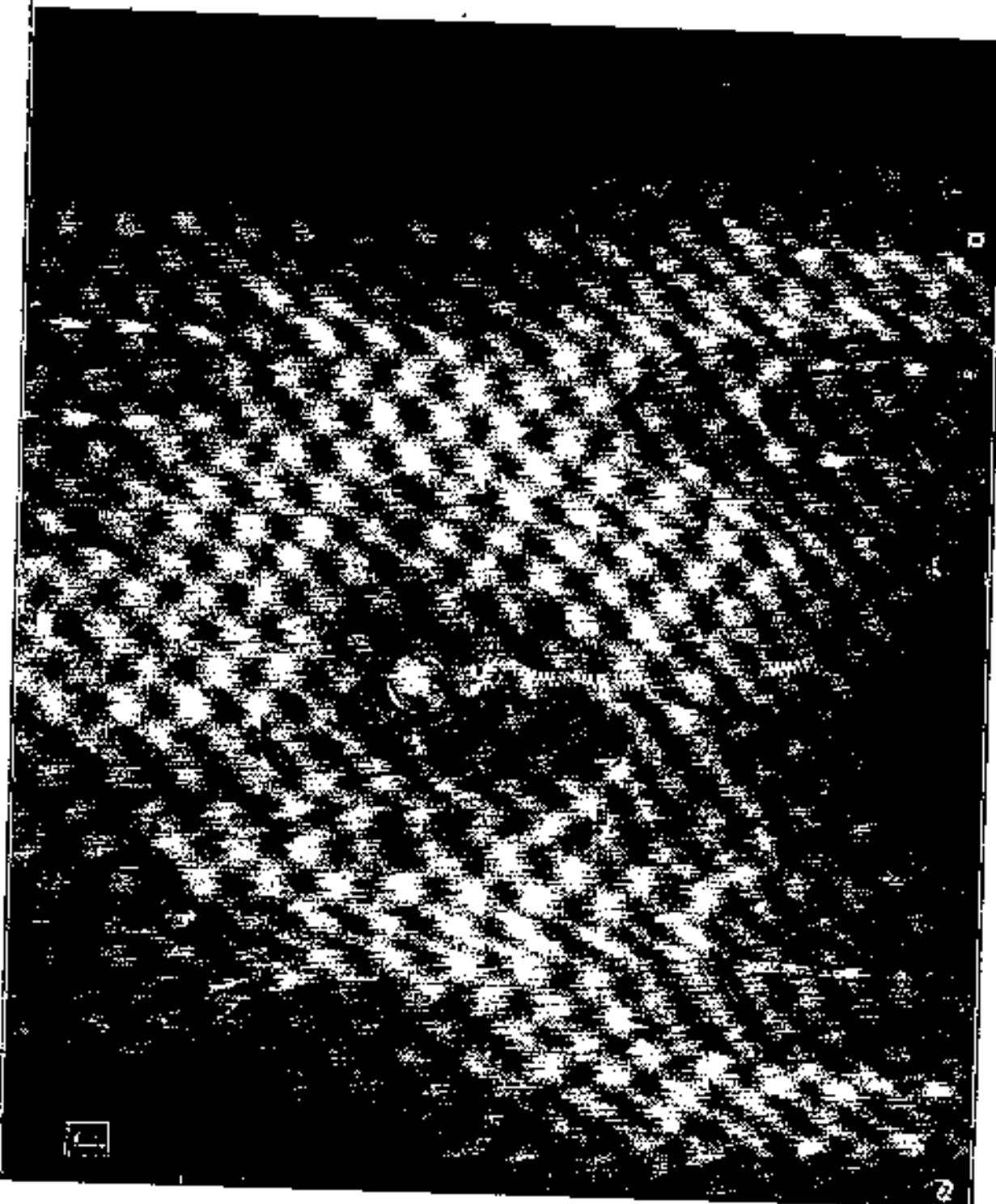


**Not intended for official interpretation.**

ALEX DOB TO: 1008 PERERA

OUT  
IN  
LONGBER 24  
01295010  
4812 PM

HOST: GENELODE RODA 94  
Operator: KIRPAIC/288319  
FM: 94.0  
Zone: 0002



**Not intended for official interpretation.**

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

331

47

LOMBRA, AP

162522119

0-200-W

100% - 35mm DE CORRERIA

Operando a 100% de velocidade

- 100% - 100%

Zoom 10x10



SHD - 008

W 123

W 250

# Not intended for official interpretation.

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

AT

TM

COMINT AP  
200700Z  
031414W

3050 GENERAL INFORMATION

Operational Information

- RCT - 00045

200700Z 1000Z



**Not intended for official interpretation.**

ALEX 003 STATUS PERSOA

dt:

M

LOMBAARD

02997009

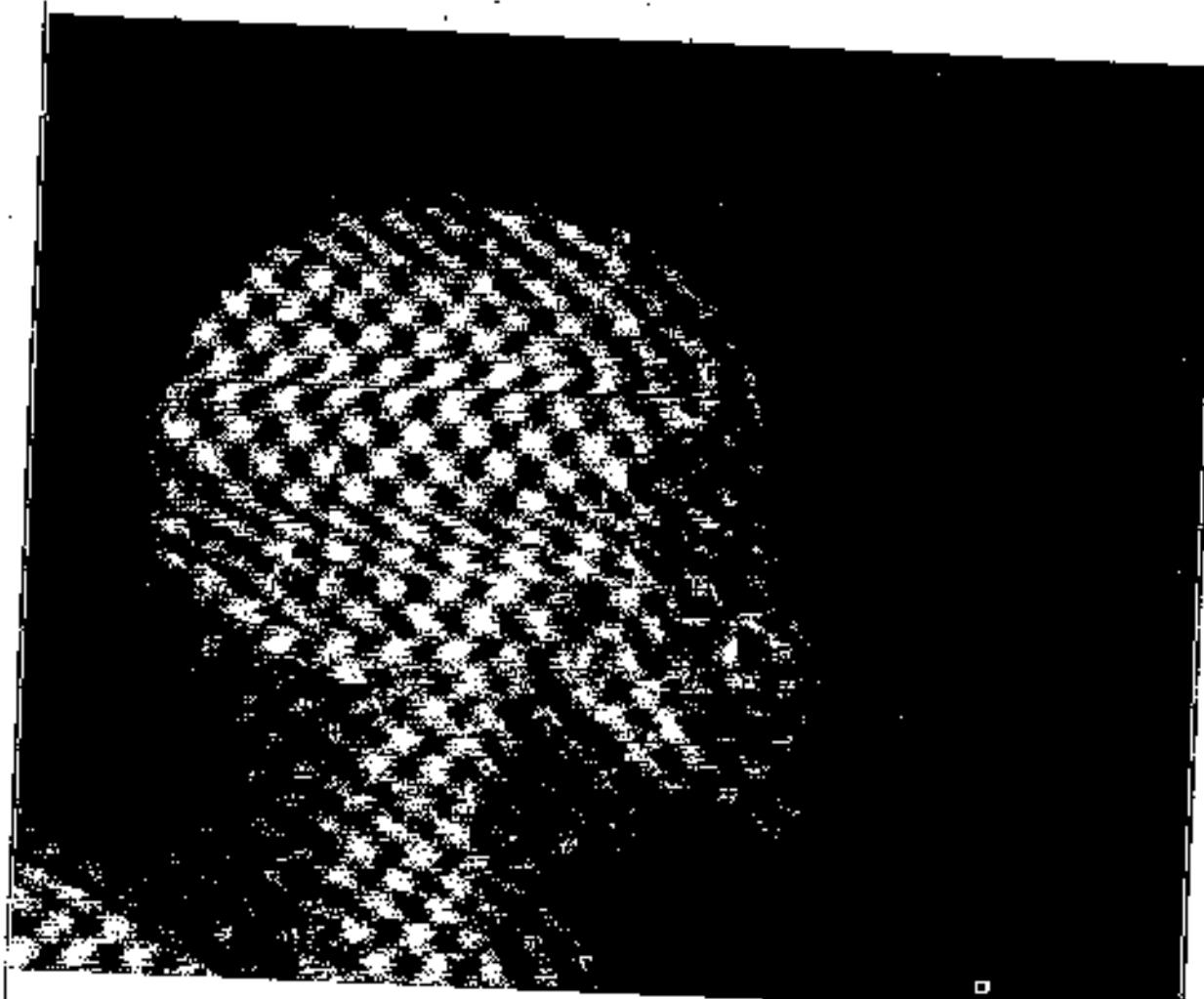
07-1998

MOSE SERIAL NUMBER

Opender/XP/2000/2000/2000

EX-003

2000-1998



SDC 003

L-128

37262

**Not intended for official interpretation.**

ACERIBIO & SANTOS PEREIRA

111

11

LOGMEAR 849

00240000

613078

HOSP. GERAL DE RODRIGUES

Specialist in PAEDiatrician

-102, 104

Porto 30.000



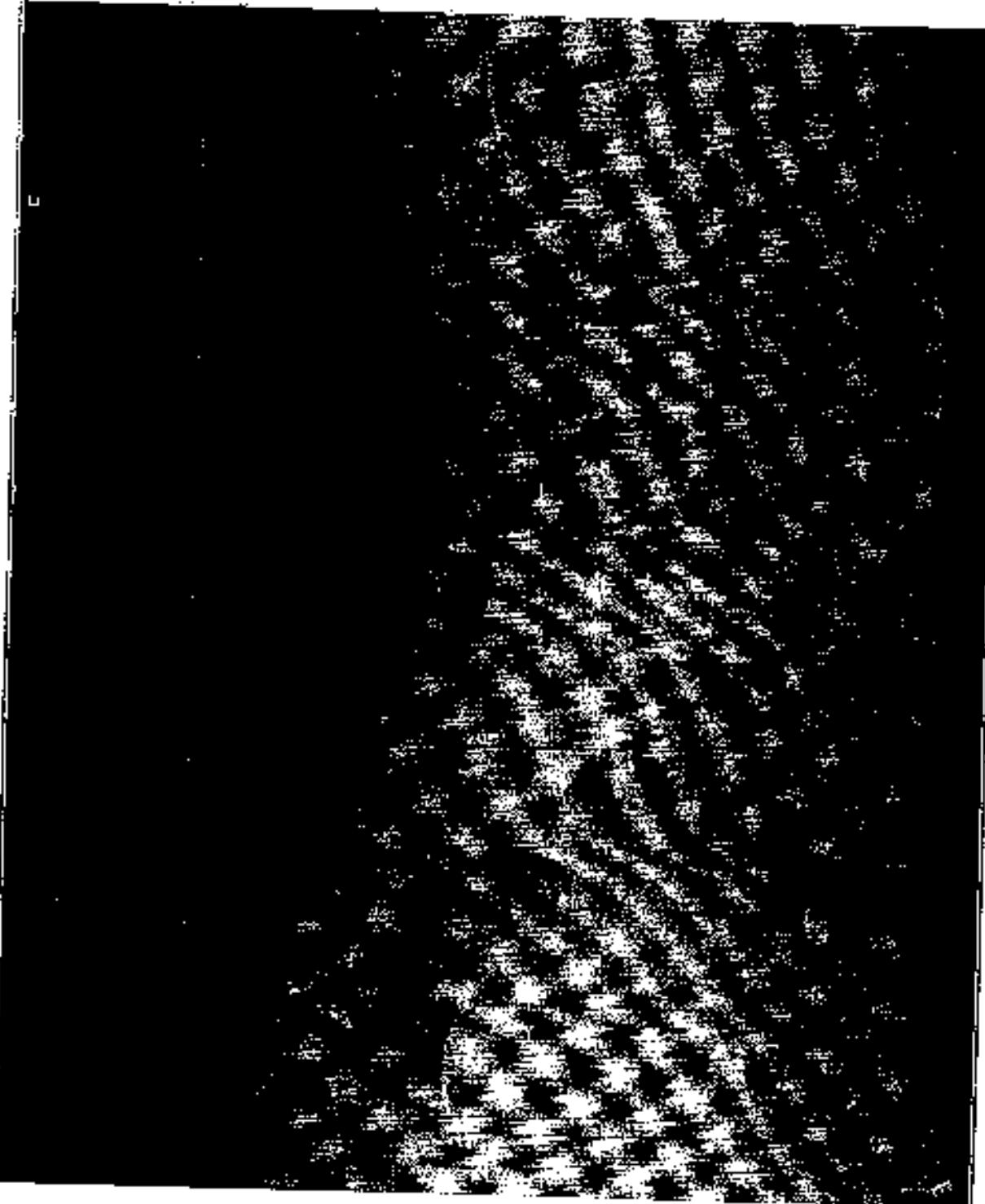
# Not intended for official interpretation.

ALEX DAS 500406 PERIOD

24  
24

10-YEAR AP  
COLLECTOR  
616994

100- GERALD RORAIMA  
GRENADA  
4V, 2000  
Zodiac 2000



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ



Poderão Direito



Alex dos Santos Pereira  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE  
641B.D617.F103.BF89

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

16:43:35 do dia 15/04/2014 (hora e data de Brasília),  
dígito verificador: 00

REGISTRO  
GERAL

309121-0

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

ALEX DOS SANTOS PEREIRA

FILIAÇÃO

SEVERINO ANTONIO PEREIRA

ADÁLIA DA SILVA SANTOS

NACIONALIDADE :

BOA VISTA - RR

DATA DE NASCIMENTO

26/09/1989

DOC. ORIGEM

CERTO NASC 74.768 FLS 154-V LIV A-108

BOA VISTA - RR

2 VIA

Soraya Azedo Nascimento  
Diretora e/ou Exercício do ROC

LEI N°7.116 DE 29/06/83

P 1

## MINISTÉRIO DA FAZENDA

  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



## COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
004.007.762-43

Nome  
ALEX DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento  
26/09/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**SUS**  
Cartão Nacional de Saúde

