

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Pessoal(s) Nipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Número de Afiliado ASL:		3 - CPF do Vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		04500274275	REGINANDO ANDRADE DUARTE	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NR 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - CEP:
REGINANDO ANDRADE DUARTE		04500274275		55000-000
7 - Profissão:		8 - Endereço:		9 - Número:
AUTÔNOMO		R. BRIGADO AR. NEURO MOURA		433
10 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:
SILVIO BOTENHO		BOA VISTA		ROR
14 - Fone:		15 - E-mail:		16 - Telefone:
14 - Fone:		15 - E-mail:		95 991168367
RADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PARE, 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 do direito, residir no endereço acima informado, comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> REPROVAR INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 3.000,00				
RADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO É O TITULAR DA CONTA <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA IDENTIFICAÇÃO, CURADOR				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPO-PAÇA (Salvo indicação em favor de outro, adotar a taxa aposta) <input type="checkbox"/> Bradesco (247) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 3906		CONTA: 0000 2019 8	AGÊNCIA:	CONTA:
(Inserir o dígito de verificação)		(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)
Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária为之 credito, de minha titularidade, o valor da indenização/penalisação de Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o crédito, desse e já e semente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus ou valor recaído.				
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE IMPL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas de 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 10.616/74), uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com preço superior a 90 (noventa) dias do pedido. Solto o amarrado, vimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e a comprovação de fato da VI, comprovando, desse modo, em me submeter à análise médica especial, caso necessário, as custas do Segurador Lider, para verificação de constância e quantificação das entidades acidentadas evidentes de trânsito, sucedido por violência e tortura, conforme o disposto na Lei nº 10.616/74.				
Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a "Carta de Declaração médica" ou "Declaração ao direito" de contestar a avaliação a mim, caso discordar da sua constatação.				
DECLARAÇÃO DE UNIÃO DE BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte				
<input checked="" type="checkbox"/> União Civil <input type="checkbox"/> União Familiar <input type="checkbox"/> União Consanguínea <input type="checkbox"/> União entre parentes <input type="checkbox"/> União entre pais e filhos <input type="checkbox"/> União entre pais e filhos				
25 - Grau Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou compatriário(a):	27 - Se a vítima deixou herdeiro(a), informar o nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que o Seguro DPVAT não paga, caso conste, a indenização do Seguro DPVAT por morte de quaisquer beneficiários que se apresentarem como herdeiros, estando-lhes, ainda, de que qualquer unidade ou descendente não verdadeira pode ser a herdeira da massa ou receber a parte de propriedade criminal por infecção artigo 259 do Código Penal.				
34 Impressão digital da vítima ou beneficiário(a) beneficiado(a)				
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a regol)				
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a regol)				
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a regol)				
40 - Local e Data: BOA VISTA, 26/11/2016				
41 - Assinatura de vítima/beneficiário (a herdeiro): REGINANDO ANDRADE DUARTE				
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				
43 - Assinatura do Procurador (se houver)				
44 - Assinatura do testemunha				
45 - Assinatura do testemunha				
46 - Assinatura do testemunha				
47 - Assinatura do testemunha				
48 - Assinatura do testemunha				
49 - Assinatura do testemunha				
50 - Assinatura do testemunha				
51 - Assinatura do testemunha				
52 - Assinatura do testemunha				
53 - Assinatura do testemunha				
54 - Assinatura do testemunha				
55 - Assinatura do testemunha				
56 - Assinatura do testemunha				
57 - Assinatura do testemunha				
58 - Assinatura do testemunha				
59 - Assinatura do testemunha				
60 - Assinatura do testemunha				
61 - Assinatura do testemunha				
62 - Assinatura do testemunha				
63 - Assinatura do testemunha				
64 - Assinatura do testemunha				
65 - Assinatura do testemunha				
66 - Assinatura do testemunha				
67 - Assinatura do testemunha				
68 - Assinatura do testemunha				
69 - Assinatura do testemunha				
70 - Assinatura do testemunha				
71 - Assinatura do testemunha				
72 - Assinatura do testemunha				
73 - Assinatura do testemunha				
74 - Assinatura do testemunha				
75 - Assinatura do testemunha				
76 - Assinatura do testemunha				
77 - Assinatura do testemunha				
78 - Assinatura do testemunha				
79 - Assinatura do testemunha				
80 - Assinatura do testemunha				
81 - Assinatura do testemunha				
82 - Assinatura do testemunha				
83 - Assinatura do testemunha				
84 - Assinatura do testemunha				
85 - Assinatura do testemunha				
86 - Assinatura do testemunha				
87 - Assinatura do testemunha				
88 - Assinatura do testemunha				
89 - Assinatura do testemunha				
90 - Assinatura do testemunha				
91 - Assinatura do testemunha				
92 - Assinatura do testemunha				
93 - Assinatura do testemunha				
94 - Assinatura do testemunha				
95 - Assinatura do testemunha				
96 - Assinatura do testemunha				
97 - Assinatura do testemunha				
98 - Assinatura do testemunha				
99 - Assinatura do testemunha				
100 - Assinatura do testemunha				
101 - Assinatura do testemunha				
102 - Assinatura do testemunha				
103 - Assinatura do testemunha				
104 - Assinatura do testemunha				
105 - Assinatura do testemunha				
106 - Assinatura do testemunha				
107 - Assinatura do testemunha				
108 - Assinatura do testemunha				
109 - Assinatura do testemunha				
110 - Assinatura do testemunha				
111 - Assinatura do testemunha				
112 - Assinatura do testemunha				
113 - Assinatura do testemunha				
114 - Assinatura do testemunha				
115 - Assinatura do testemunha				
116 - Assinatura do testemunha				
117 - Assinatura do testemunha				
118 - Assinatura do testemunha				
119 - Assinatura do testemunha				
120 - Assinatura do testemunha				
121 - Assinatura do testemunha				
122 - Assinatura do testemunha				
123 - Assinatura do testemunha				
124 - Assinatura do testemunha				
125 - Assinatura do testemunha				
126 - Assinatura do testemunha				
127 - Assinatura do testemunha				
128 - Assinatura do testemunha				
129 - Assinatura do testemunha				
130 - Assinatura do testemunha				
131 - Assinatura do testemunha				
132 - Assinatura do testemunha				
133 - Assinatura do testemunha				
134 - Assinatura do testemunha				
135 - Assinatura do testemunha				
136 - Assinatura do testemunha				
137 - Assinatura do testemunha				
138 - Assinatura do testemunha				
139 - Assinatura do testemunha				
140 - Assinatura do testemunha				
141 - Assinatura do testemunha				
142 - Assinatura do testemunha				
143 - Assinatura do testemunha				
144 - Assinatura do testemunha				
145 - Assinatura do testemunha				
146 - Assinatura do testemunha				
147 - Assinatura do testemunha				
148 - Assinatura do testemunha				
149 - Assinatura do testemunha				
150 - Assinatura do testemunha				
151 - Assinatura do testemunha				
152 - Assinatura do testemunha				
153 - Assinatura do testemunha				
154 - Assinatura do testemunha				
155 - Assinatura do testemunha				
156 - Assinatura do testemunha				
157 - Assinatura do testemunha				
158 - Assinatura do testemunha				
159 - Assinatura do testemunha				
160 - Assinatura do testemunha				
161 - Assinatura do testemunha				
162 - Assinatura do testemunha				
163 - Assinatura do testemunha				
164 - Assinatura do testemunha				
165 - Assinatura do testemunha				
166 - Assinatura do testemunha				
167 - Assinatura do testemunha				
168 - Assinatura do testemunha				
169 - Assinatura do testemunha				
170 - Assinatura do testemunha				
171 - Assinatura do testemunha				
172 - Assinatura do testemunha				
173 - Assinatura do testemunha				
174 - Assinatura do testemunha				
175 - Assinatura do testemunha				
176 - Assinatura do testemunha				
177 - Assinatura do testemunha				
178 - Assinatura do testemunha				
179 - Assinatura do testemunha				
180 - Assinatura do testemunha				
181 - Assinatura do testemunha				
182 - Assinatura do testemunha				
183 - Assinatura do testemunha				
184 - Assinatura do testemunha				
185 - Assinatura do testemunha				
186 - Assinatura do testemunha				
187 - Assinatura do testemunha				
188 - Assinatura do testemunha				
189 - Assinatura do testemunha				
190 - Assinatura do testemunha				
191 - Assinatura do testemunha				
192 - Assinatura do testemunha				
193 - Assinatura do testemunha				
194 - Assinatura do testemunha				
195 - Assinatura do testemunha				
196 - Assinatura do testemunha				
197 - Assinatura do testemunha				
198 - Assinatura do testemunha				
199 - Assinatura do testemunha				
200 - Assinatura do testemunha				
201 - Assinatura do testemunha				
202 - Assinatura do testemunha				
203 - Assinatura do testemunha				
204 - Assinatura do testemunha				
205 - Assinatura do testemunha				
206 - Assinatura do testemunha				
207 - Assinatura do testemunha				
208 - Assinatura do testemunha				
209 - Assinatura do testemunha				
210 - Assinatura do testemunha				
211 - Assinatura do testemunha				
212 - Assinatura do testemunha				
213 - Assinatura do testemunha				
214 - Assinatura do testemunha				
215 - Assinatura do testemunha				
216 - Assinatura do testemunha				
217 - Assinatura do testemunha				
218 - Assinatura do testemunha				
219 - Assinatura do testemunha				
220 - Assinatura do testemunha				
221 - Assinatura do testemunha				
222 - Assinatura do testemunha				
223 - Assinatura do testemunha				
224 - Assinatura do testemunha				
225 - Assinatura do testemunha				
226 - Assinatura do testemunha				
227 - Assinatura do testemunha				
228 - Assinatura do testemunha				
229 - Assinatura do testemunha				
230 - Assinatura do testemunha				
231 - Assinatura do testemunha				
232 - Assinatura do testemunha				
233 - Assinatura do testemunha				
234 - Assinatura do testemunha				
235 - Assinatura do testemunha				
236 - Assinatura do testemunha				
237 - Assinatura do testemunha				
238 - Assinatura do testemunha				
239 - Assinatura do testemunha				
240 - Assinatura do testemunha				
241 - Assinatura do testemunha				
242 - Assinatura do testemunha				
243 - Assinatura do testemunha				
244 - Assinatura do testemunha				
245 - Assinatura do testemunha				
246 - Assinatura do testemunha				
247 - Assinatura do testemunha				
248 - Assinatura do testemunha				
249 - Assinatura do testemunha				
250 - Assinatura do testemunha				
251 - Assinatura do testemunha				
252 - Assinatura do testemunha				
253 - Assinatura do testemunha				
254 - Assinatura do testemunha				
255 - Assinatura do testemunha				
256 - Assinatura do testemunha				
257 - Assinatura do testemunha				
258 - Assinatura do testemunha				
259 - Assinatura do testemunha				
260 - Assinatura do testemunha				
261 - Assinatura do testemunha				
262 - Assinatura do testemunha				
263 - Assinatura do testemunha				
264 - Assinatura do testemunha				
265 - Assinatura do testemunha				
266 - Assinatura do testemunha				
267 - Assinatura do testemunha				
268 - Assinatura do testemunha				
269 - Assinatura do testemunha				
270 - Assinatura do testemunha				
271 - Assinatura do testemunha				
272 - Assinatura do testemunha				
273 - Assinatura do testemunha				
274 - Assinatura do testemunha				
275 - Assinatura do testemunha				
276 - Assinatura do testemunha				
277 - Assinatura do testemunha				
278 - Assinatura do testemunha				
279 - Assinatura do testemunha				
280 - Assinatura do testemunha				
281 - Assinatura do testemunha				
282 - Assinatura do testemunha				
283 - Assinatura do testemunha				
284 - Assinatura do testemunha				
285 - Assinatura do testemunha				
286 - Assinatura do testemunha				
287 - Assinatura do testemunha				
288 - Assinatura do testemunha				
289 - Assinatura do testemunha				
290 - Assinatura do testemunha				
291 - Assinatura do testemunha				
292 - Assinatura do testemunha				
293 - Assinatura do testemunha				
294 - Assinatura do testemunha				
295 - Assinatura do testemunha				
296 - Assinatura do testemunha				
297 - Assinatura do testemunha				
298 - Assinatura do testemunha				
299 - Assinatura do testemunha				
300 - Assinatura do testemunha				
301 - Assinatura do testemunha				
302 - Assinatura do testemunha				
303 - Assinatura do testemunha				
304 - Assinatura do testemunha				
305 - Assinatura do testemunha				
306 - Assinatura do testemunha				
307 - Assinatura do testemunha				
308 - Assinatura do testemunha				
309 - Assinatura do testemunha				
310 - Assinatura do testemunha				
311 - Assinatura do testemunha				
312 - Assinatura do testemunha				
313 - Assinatura do testemunha				
314 - Assinatura do testemunha				
315 - Assinatura do testemunha				
316 - Assinatura do testemunha				
317 - Assinatura do testemunha				
318 - Assinatura do testemunha				
319 - Assinatura do testemunha				
320 - Assinatura do testemunha				
321 - Assinatura do testemunha				
322 - Assinatura do testemunha				
323 - Assinatura do testemunha				
324 - Assinatura do testemunha				
325 - Assinatura do testemunha				
326 - Assinatura do testemunha				
327 - Assinatura do testemunha				
328 - Assinatura do testemunha				
329 - Assinatura do testemunha				
330 - Assinatura do testemunha				
331 - Assinatura do testemunha				
332 - Assinatura do testemunha				
333 - Assinatura do testemunha				
334 - Assinatura do testemunha				
335 - Assinatura do testemunha				
336 - Assinatura do testemunha				
337 - Assinatura do testemunha				
338 - Assinatura do testemunha				
339 - Assinatura do testemunha				
340 - Assinatura do testemunha				
341 - Assinatura do testemunha				
342 - Assinatura do testemunha				
343 - Assinatura do testemunha				
344 - Assinatura do testemunha				
345 - Assinatura do testemunha				
346 - Assinatura do testemunha				
347 - Assinatura do testemunha				
348 - Assinatura do testemunha				
349 - Assinatura do testemunha				



FICHA DE ATENDIMENTO
EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: **BRAVO I**

Nº 1355



Paciente: **Reginaldo Andrade Marte** Idade: **28** Sexo: **M**
Nacionalidade: **Brasileiro**

Endereço: **AJ Mauro Campelo** Bairro: **Jock Club**
Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia

Nº **12140** DATA **19/07/19** HORA J/9: **18:23** BASE VIA RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): **Dr. Paulo** HORA J/10: **19:28** CELULAR

MOTIVO INICIAL: **moto & moto**

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

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Quimadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física – FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física – FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA		ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta		<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

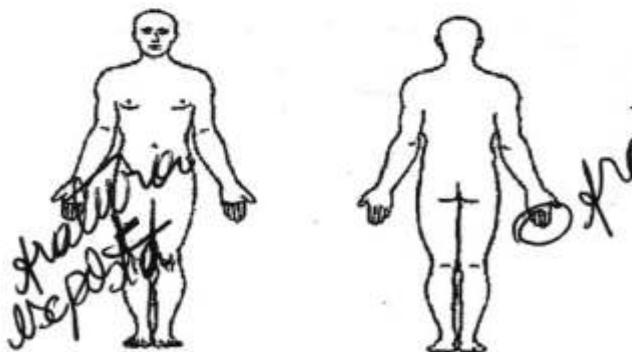
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Taquicardico	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Cianose central	<input type="checkbox"/> Extremidade

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A/mmHg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemias	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Inicio	130/80	73	19	98				
Fim	19-10/100/80	73	19	99				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA		ABERTURA OCULAR
1 - Dor			4 - Espontânea
2 - Hematoma			3 - Ao comando
3 - Contusão			2 - À dor
4 - Escoriação			1 - Sem resposta
5 - Lacerção			
6 - Luxação			
7 - Fratura fechada			
8 - Fratura exposta			
9 - Amputação			
10 - Evisceração			
11 - Afundamento de crânio			
12 - Ferimento penetrante			
13 - Tórax instável			
14 - Enfisema subcutâneo			
15 - Ferida aspirativa			
16 - Empalamento			
17 - Outros			



AVALIAÇÃO CARDIÁCA		AFLECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PREGRESSA	
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Infeciosa	<input type="checkbox"/> Cardiopatia	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva		<input type="checkbox"/> Medicação de uso	

GRAVIDADE COMPROVADA	[] Ileso	[] Pequena	[] Média	[] Severa	[] óbito

Assinatura e Carimbo (única Unidade de Destino)

Dr. Jorge Bartolo

SAMU 192-BV CONFERE COM

ORIGINAL

Em 06/07/1991

Bombeiro

Outros:

Função do Receptor:

Assinatura do Receptor:

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

Assinatura do Paciente:

RG: _____

TESTEMUNHA 01:

RG: _____

TESTEMUNHA 02:

RG: _____

GESTANTE

Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação
<input type="checkbox"/> Intubação orotracheal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	8g	EV	18:49				
Tilalil	40mg	EV	18:48				
Rt	300mg	EV	18:47				

⑥ pares de luvas P, R, G
 ① e queijo macare
 ⑧ massas

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão moto x moto, LOTE, apresentando, fraturas nas olídas da mão ① + fratura exposta de fêmur ①, classificada ao OR, ad GT.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 06/09/19
<i>Stephanie</i>
RUBRICA

Daiane

Daiane Lopes Rodrigues
 Assinatura e Escânsio do profissional
 COREN-DF

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: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 00000002019-8

Nr. da Autenticação EF3EBD54D70F134F



RORAIMA
ENERGIA

Para contato
conosco informe
este número

SEU CÓDIGO
0035969-6

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

Nº da Nota Fiscal **003238087**

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

DATA CONTABIL	VENCIMENTO	CONSUMO (WH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	574	492,85

LUZIMAR FERNANDES DOS SANTOS
R. BRIG DO AR NERO MOURA 435 DR. SILVIO BOTELHO
CPF: 00074449583272

CEP: 69.314-490 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.18.121800

DATA DA LEITURA	AVANT	DATA DA LEITURA	
Atual:	44846	Atual:	15/07/2019
Anterior:	44272	Anterior:	12/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	15/08/2019
Consumo Medido:	574	Emissão:	12/07/2019
Consumo Faturado:	574	Apresentação:	15/07/2019

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2835055	M 1420283	1.1.1.2	713

HISTÓRICO ANNUAL		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	CONSUMO	574 A R\$ 0,764602 =	438,88
JUN/19	518	CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00	0,15
MAR/19	746	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	4,40
ABR/19	698	MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00	0,98
MAR/19	652	JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00	0,27
FEV/19	611	MULTA POR ATRASO 05/19-00	11,48
JAN/19	772	JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00	4,78
DEZ/18	755	ILUMINACAO PUBLICA	31,91
NOV/18	760		
OUT/18	847		
SET/18	696		
	TARIFA SOM TRIB.TIS: 0 A 574 - 0,534829		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora é sujeita a suspensão do fornecimento de energia eletrica a partir de 00/07/2019. O não pagamento fará suspender temporariamente o nome do consumidor na SERPRO. Caso tenha efetuado o pagamento falar desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPOR VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 18F94.40E7.9C43.6CE7.3304.2ACF.003F.DF4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPОСTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Distribuição:	112,75	Base de Cálculo:	438,88
Energia:	239,11	Aliquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	74,60
Encargos:	12,42	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	74,60	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82

6,72 14,00 1,12

DISTRITO
ROT: 28.001.26.18.121800

05/2019 244,76

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0035969-6	492,85
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	01/08/2019

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

Nº da Nota Fiscal:

83640000004 5 92850075000 7 00000000035 6 96960719008 5



**RORAIMA ENERGIA**AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA

69313572 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 539180	MÊS 07/2019	PERÍODO DE CONSUMO 22-JUN-19 a 23-JUL-19
CONSUMO (kWh) 498	VENCIMENTO 10-AUG-19	TOTAL A PAGAR R\$ 441,84

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO

539180

MÊS

07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 441,84

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão** e **renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES** inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **REGINALDO ANDRADE DUARTE** inscrito(a) no CPF sob o nº **015.002.742-75** .do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **REGINALDO ANDRADE DUARTE** inscrito (a) no CPF sob nº **015.002.742-75** , conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço RUA SD.PM JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÁ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souzza71@hotmail.com	Telefone comercial(DDD) Boa Vista-RR, 02/12/19	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

Boa Vista-RR, 02/12/19

Local e Data



Assinatura do Declarante

Pacientes internos de policharmo que se encontra
em moto

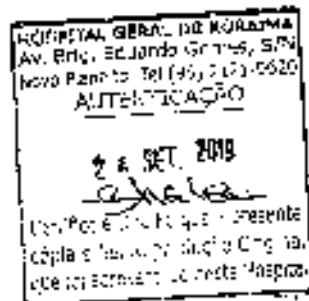
Eff. legumes p/p, Corca granulada / Pachado.
Malnutrition frutas de frutas e legumes.
H.s. frutas Engordar fumar drogas.

Drs. Dr. Carlos Lacerda

Zanush

- (1) 600 ml S.F 0.9% E.V eraptado?
- (2) Feroncav 4mg E.V
- (3) dipirona 1g E.V

Dr. Rui Krachi Okamoto
Medico Remunerado
Endocrinologista
CRM: 1477



BLOCO A

altis: 26103119

**PROJETO PARA SISTEMA DE AUTOMAÇÃO
DE INVESTIMENTOS**

1996-97
1997-98
1998-99

REVIEWERS Dr. RICHARD L. COOPER, Ph.D., Reviewer
Dr. ROBERT C. HARRIS, Ph.D., Reviewer

H. E. R.

~~Wecanda - Archuleta - Durango~~

146060

10231028141531968 | 01/01/91

— 3 —

Chlorophyll Pindnade चिंदना

Rua Presidente Menviaza 66 Mendoz Rio Grande
Braga 146610 RR 092171912

Primeras ó las formas de clase; las de
la primera vez se acuerda de más

Indumenta Hungar.

Hilfsmittel + Erweiterung + Rosenthal

Luthier greystone it turns the shirts

- PROCEDIMENTO SOLICITADO -

Dr. E. W. L.

157

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DESASTRES)

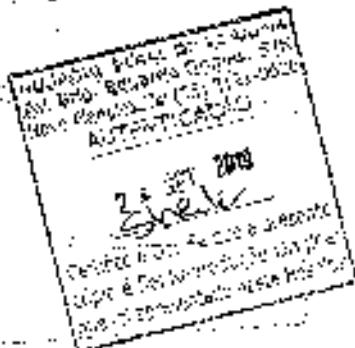
Dr. E. G. Soares
Ortopedista e Traumatologista
C.R.P. 2382

0908050624

۱۶

19.07.19

Reginaldo Andrade
Dra. Monte



19.07.19

Paciente: Edna L. Ferreira (20) (F)
 Peso: 60 kg
 Agravante: Enfermeira de férias em casa (fazendo
exames)

ABRASIÓN OPERATORIO:

REGISTRO: Dr. Edes

MATERIAL: Dr. Odilacri R.
 Cotonete e algodão

AUXILIAR: Dr. Odilacri R.

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

INSTRUMENTOS: _____

DURADA: _____

NÍCIO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em D.17.H. sob anestesia
- ② Fazer e Antissepsis
- ③ Desinfeção de campo operatório
- ④ Injeção de lidocaína 10% de 0,9% para frangos 0,9%
- ⑤ Sutura do peito
- ⑥ Colocar o paciente na cama, posicionando
- ⑦ Controle nádegas
- ⑧ Encostas
- ⑨ R.R.A.

Dr. Odilacri R.
 Mário L. Andrade
 Odontologia

207.01

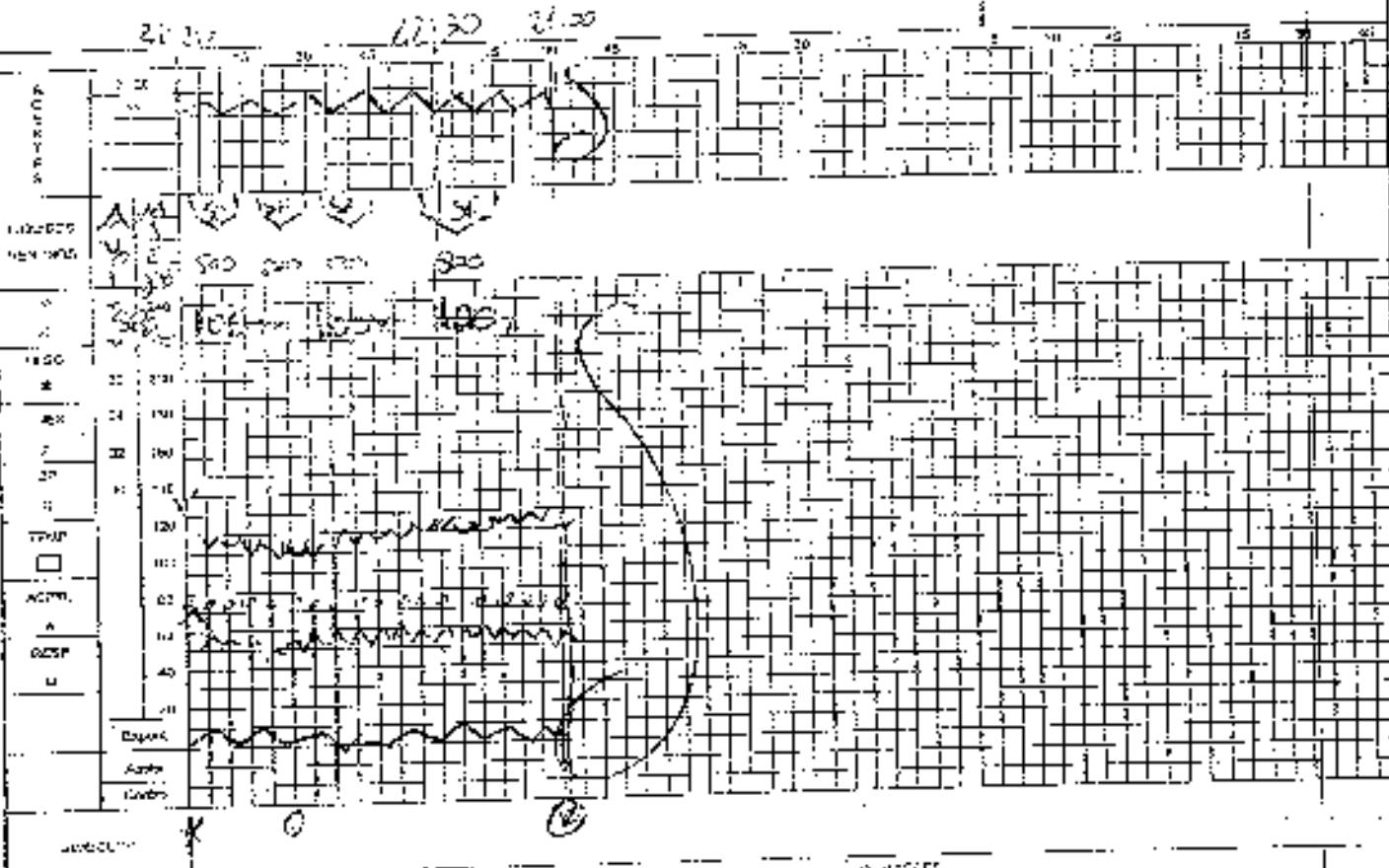
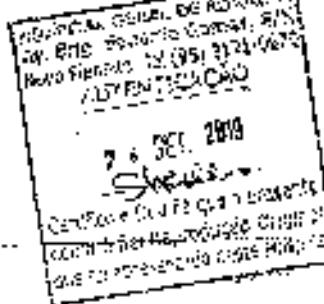
FICHA DE ANESTESIA

19/07/08

Regalo

CENTRO DE ESTUDIOS CLINICOS

FLUJO-VENTILACION-URG-1000E-1000A-1000C



- ADO: n/a
 a. Guaranina 0.5% 45 mg
 b. —
 c. —
 d. —
 e. —
 f. —
 g. —
 h. —
 i. —
 j. —
 k. —
 l. —
 m. —
 n. —
 o. —
 p. —
 q. —
 r. —
 s. —
 t. —
 u. —
 v. —
 w. —
 x. —
 y. —
 z. —
- Ringer Lactato 1000 ml
 Magnesio Sandoz 500 mg
 Volumen 3000 ml
- X. Nitroglicerina + cloruro KST
 1. Apnea de CO con CO2 20 liter
 2. Regurgitacion lumbosacra
 Agujero de Quervain N° 368;
 3. Cefalgieas tipo W
 4. Desarrollo 10mg W
1. Cefalgieas tipo W
 2. Desarrollo 10mg W
- SF 091. = Local
 Local 0.5%
 Local 0.5%
- Reclutamiento de pacientes de dolor durito
 Dr. Carlos Alfonso Fernández
 Málaga Clínica 030 162440
 Dr. Carlos Alfonso Fernández
 Málaga Clínica 030 162440
 Dr. Carlos Alfonso Fernández
 Málaga Clínica 030 162440
- Dr. Luis Soto
 Dr. Luis Soto
- Dr. Luis Soto
 Dr. Luis Soto

Dr. Luis Soto
 Carlos Alfonso Fernández
 Reclutamiento de pacientes de dolor durito
 Málaga Clínica 030 162440

Dr. Luis Soto
 Carlos Alfonso Fernández
 Reclutamiento de pacientes de dolor durito
 Málaga Clínica 030 162440

5. Estimulos 5mg quando PAM ≤ 60
 mmHg
 6. Tensilium 40g W
 7. Morfina 10g W
 8. Griseofulvina 500g

ANTES DA INSCRIÇÃO

Fornecidas provada documentação

Prova de identidade e documento de habilitação

Prova de que todos os membros da família possuem o mesmo nome

CPF e RG do cidadão

Fornecida prova documental

Ano corrente (data)

Censo

Data de nascimento (data)

Endereço

Data de falecimento (data)

Fornecida prova documental

Data de falecimento (data)

Antes da inscrição

O profissional de saúde informou
que a gestante está em seu 3º
trimestre de gestação.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu segundo filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu terceiro filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu quarto filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu quinto filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu sexto filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu sétimo filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu oitavo filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu nono filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu décimo filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu décimo primeiro filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu décimo segundo filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu décimo terceiro filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu décimo quarto filho.A gestante é casada com o preceptor
e está grávida de seu décimo quinto filho.

SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ORTODÔSTICO
TRESCIÇÃO MÉDICA

2

TRESCIAKOV EDITION

2014-15-2015-16-2016-17-2017-18

Dr. Ruyterio V. P. Diaz
Mexico
Unterstadtkaufhaus
Calle 1224-142 / D-28-114

Journal of Aging Studies

Dr. Augusto C. Valente
CEM-RR 1994

Exercice 10

(4) (26-35) 96 1 27 1 35,84



Núcleo de Informação

卷之三

卷之三

— 1 —

Tratamento de Feridas - Pacientes com Diabetes

HGR

Barter:

Localização	Região M.S.G	Região M.S.D
Etiologia		
Aparência Clínica	<p>() Necrose Amarela/Negra () Estrevo () Quacanga () Epiretinação () Fenda lechada () Pênisor Sennar () Outros</p>	<p>() Necrose Amarela/Negra () Fadigas () Gangrenos () Fissura () Fenda lechada () Quacanga () Outros</p>
Pele Perilesional	<p>() Negro () Maculada () Isca () Fibrinosa () Ruber</p>	<p>() Negro () Maculada () Isca () Fibrinosa () Ruber</p>
Uso de Excreta	<p>() Guaro () Pregunto () Soro () Sangue/Coagulado () Hemossanguíneo () Seco () Duro</p>	<p>() Guaro () Pregunto () Soro () Sangue/Coagulado () Seco () Duro</p>
Quanidade de Excreta	<p>() Iscas () Creme () Seco</p>	<p>() Meltrado () Fluido () Viscoso</p>
Exsudato	<p>() Seco () Líquido () Ácido () Neutro</p>	<p>() Seco () Líquido () Clorotado () Ácido ()</p>
Solução de Líquidos	<p>() Ácido () Neutro () Salicílico () Solubilizante de Preto () Eucalipto () Outro</p>	<p>() Ácido () Neutro () Clorotado () Solubilizante de Preto () Eucalipto () Outro</p>
Próstata	<p>() Vazia () Cheia () Enfermidade () Inflamatória () Adenomio</p>	<p>() Vazia () Cheia () Enfermidade () Inflamatória () Adenomio</p>
Próstata que necessita de cirurgia	<p>() Residual () Redutor () Receptáculo () Cistostomia () Urostomia</p>	<p>() Residual () Redutor () Receptáculo () Cistostomia () Urostomia</p>

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



DH 19/07/2019 DN 101/01/1991

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGONSTHIX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS HAS SIM DM2

IDADE 26 TEIRO 207-1 DATA 22/07/2019

PRESCRIÇÃO

ITEM SÁB

1. CEFTRIAZOL 1G

MF1 COLOFRAMIDA 10MG EV B/H SIN

2. CIPROXINA 300MG PV OU 40 GOTAS VO DF B/H

3. TRAMAL 10MG + SI 0,5% 100ML EV DE 6/8H GF DOR INTENSA

4. CAPTOPRIL 25 MG VO B/F PAS > 150 E OU PAU > 110 MMHG

5. GISSY - COCO 6/6 H

6. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/8H

7. OMEPIRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

8. CURATIVO DIÁRIO

9. CLIXANF 40MG SC 1X AO DIA

10. TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SIN

11. CIPROPIROXACINA 400MG LV OJ 500MG VO DF 12/12H

12. TIAZETI 200MG EV DC 12/12H

13. SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

CONFORME ESQUELMA: 200-250: ZUI, 251-300: RUI, 301-350: GUL,

351-400: RUL & 400-450: 10 ML E OJ GLICOSE & 70 DM/L GLICOSE

57,6 40 ML PV + AVISAR PLANIONISTA

14. TENSÃO ARTERIAL

15. PULSO PERIFÉRICO

16. EXAME FÍSICO: BFG, ACINÓTICO, ANICTÉICO, AFIBR., LIPÍFICO,

NORMOCORÁD, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PAPAVÉS, EM USO DE

17. TENSÃO TRANSARTICULAR D, FO 3/3M SINAIS DE FLOGOSIS.

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, BIATIVO, CONTACTANTE, COM QUÍMICAS GICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA NEM A

DELA.

EXAME FÍSICO: BFG, ACINÓTICO, ANICTÉICO, AFIBR., LIPÍFICO,

NORMOCORÁD, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PAPAVÉS, EM USO DE

TENSÃO TRANSARTICULAR D, FO 3/3M SINAIS DE FLOGOSIS.

ESPECIAÇÃO E CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RN 1504 Residente de Ortopedia e Traumatologia
SINTOMAS	SEMPRE PRESENTE	SEM PREVISÃO	FC	
6H PA	PA	PA	FR	
10H PA	PA	PA	PA	
16H PA	PA	PA	PA	
24H				

DR. AUGUSTO CAVALCANTE
CRM-RN 1504
RESIDENTE DE ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

C.P.M.

Núcleo de Infectologia em Prot. n° 1

Versão:08

Laborada: 02/2013

Atualizada: 12/2013

Tratamento de feridas - Paciente: Ricardo - Caixa - Data: 22/07/19
Refer: 327

Região: V.C.D.Região: M.S.E.

Grav. I H.X. S.X.
Grau II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

Grau I H.X. S.X.
II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

II H.X. S.X.
III H.X. S.X.

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

卷之三

**STATEMENT
BY THE ADMISSAO**

二四 71 19/07/2019

SN 1991bg/1992

DATA OF ARRIVAL DATE OF DEPARTURE
NAME OF THE PERSON ALSO ANDRÁDIE DUARTE

PACIENTE REGISTRA DO FRACTURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

CONSTITUIXA EXPOSTA A:		FIAS	SIM	DIAZ	DATA	HORARIO
ALERGIAS		TETO	207-1		22/07/2019	
IDADE	28	PRESCRIÇÃO				
ITEM						S/0
1	+ MELTA ORAL LIVRE					10:00
7	+ METOCOPRAMIDA 10MG EV 8/8/15 SIN					10:00
8	+ DIPRORONADOLG UV OU 40 MG PAS VO DE 8/8/15					10:00
9	+ TRAMAD 100MG + BPO 9% 100ML EV DE 8/8/15 DOR INTENSA					10:00
10	+ Captopril 25 mg VC SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					10:00
11	+ ISSV + OUGS 6/3 H					10:00
12	+ CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 8/8/15					10:00
13	+ OMIFLRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					10:00
14	+ CURIATIVO DIÁRIO					10:00
15	+ C. FAXATE 10MG SC 1X AO DIA					10:00
16	+ IRAMAL 10MG VO UF 8/8/15 SIN					10:00
17	+ IRAMAL 10MG VO UF 8/8/15 SIN					10:00
18	+ INIPROFLOXACINO 400MG EV OU 600MG VO DE 12/12/19					10:00
19	+ TRAMAD 20MG EV DE 12/12/19					10:00
20	+ SE DIABÉTICO OCORRÊCÃO COM INSULINA REGULAR (SC). OCORRÊNCIA DE ESCUEMA: 200 250 2U: 251 300: 4U: 301-250: 6U: 351-400: 8U: > 400: 10 UFE OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 50% 4U ML EV + AVISAR PLANTONISTA					10:00

EVOLUÇÃO MÉDICA

Evolução médica: Encontro paciente deitado no leito, ativo, respirando, contatante, com queixas algodadas, funções fisiológicas preservadas, aceita RCPMA, dieta.

DIFTA:
EXAMEN PSICO: BFG, ACANÓTICO, ANICTRÍCO, AFLRRI, EUPNFICO,
NORMOCURADO, HIBRATADO, PULSOS PRIMERICOS PAI PAVES, EM USO DE
EXADOR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FOGOGL.

ESTUDOS E CONDUTAS

SINUS VITAE	CO ₂ TENSION	CHLORIDE	FR
6 H	PA	PC	
12 H	15.2	9.9	36
18 H	16.4	9.8	
24 H	16.4	9.0	36.3

Dr. Augusto Lavalcarce
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

12) Os Parentes estiveram no hospital
medicinas e enfermidades com
sua quinzena devendo pagar
R\$ 100,00

Call 210-359-5000
Toll Free 800-359-5000
CARE# 00736622

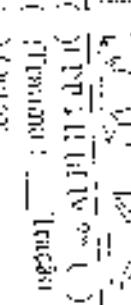
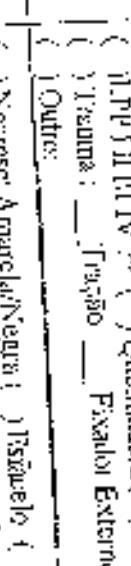
Tratamento de Feridas -

Paciente: Roginaldo da Silva - Data: 23/04/40Leito: L27-TRegião: AbdomenData: 23/04/40

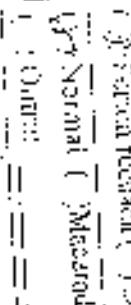
Localização:

Região: NALDRegião: —Data: 23/04/40

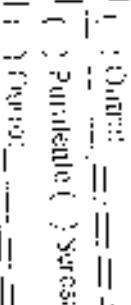
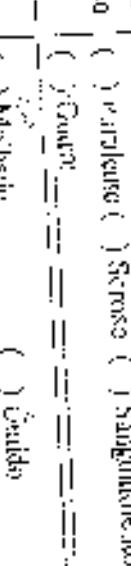
Etiologia:

Região: NALDData: 23/04/40

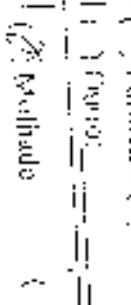
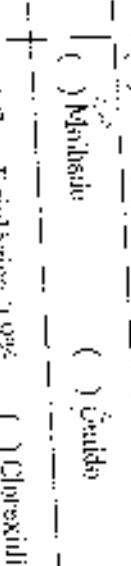
Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

Etiologia:

Região: NALDData: 23/04/40

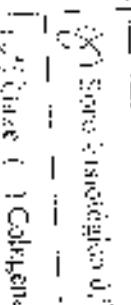
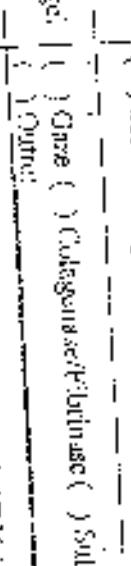
Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

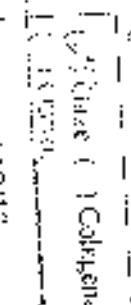
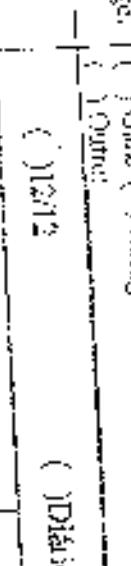
Etiologia:

Região: NALDData: 23/04/40

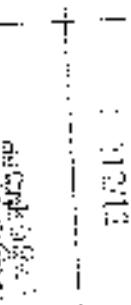
Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

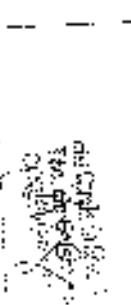
Etiologia:

Região: NALDData: 23/04/40

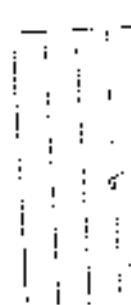
Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

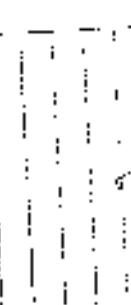
Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

Localização:

Região: NALDData: 23/04/40

四

Paciente:

Reginaldo A.

Data: 3

卷之三



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Sexo: Masculino
Nasc: 01/07/1984
Idade: 23 ANOS
Solicitação: 20113171 Nú. em Internor: Solicitante:
Origem: UCH Servi: P-0000-B Leito: 207-A
Data de Emissão: 2011-07-01 10:00:00 Recebedor:
Resumo do Exame:

Amstel, 20.11.02

DESAFIO DE CREATININA

ANSWER: B

Material: G-10

1155

Resumen

Referências

24

Aquesta taula mostra els resultats dels models de regressió per a la variable d'interès.

— — — — —
PROACEM DE MÉDIA SÉRICA

DATAFILE 52BC

Endocrinol. 1997; 138: 1016-1020.

metodolojia

Results

Page 15

— — — — — QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C-REATIVA

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA

Material: 50-40

Método: 2622 - 1,65

Neubauer

References

1990-00000000
1990-00000000
1990-00000000

Responses of the Board and sub-Panel must remain confidential until the Board has completed its review of the proposed rule.

2024-10-16 10:53

100-128

www.english-test.net

Digitized by srujanika@gmail.com

二三

**GOUVERNEMENT
DE POKHARA**

Nasc: 01/01/1981

Idade: 28 ANO

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Sexo: Masculino

Solicitação: 20100721 Número Exame:

Solicitante

Origem: HCFM

Setor: SI/OCO

Leito: 207-1

Data de Emissão: 2010/2010/2010

Reembolso:

Anotações: 2010/2010

Resultado do Exame:

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: P. ARMA

Resultado

Referência

Métodologia: MS - Alergoflotrofina (Dabuy - Floc)

12,60 seg

10,0 - 14,0 seg

TEMPO DE PROTROMBINA

0,90

0,8 - 1,2

RM

31,00 seg

24,0 - 36,0 seg

TEMPO DE INTRINSCINA PARCIAL ATIVADA

1,14

0,75 - 1,27

PARO

Notas:

O Nível de Laboratório é menor que o nível de desferimento para o teste do coagulograma e por isso não pode garantir a clareza da validade.

As amostras devem ser enviadas ao laboratório dentro de 24 horas de coleta. As amostras devem ser mantidas entre 0 e 4°C e não deve haver variação maior que 10% no resultado.

 N.º de Exame: 20100721
 Data: 2010/2010/2010
 Unidade: SI/OCO

 Responsável: Renato Alves Góes - Coordenador de Coagulação - Ctr. B1129
 Unidade: SI/OCO - Setor: SI/OCO

PACIENTE: 20100721

 Paciente:
 N.º de
 Exame:

 Prof.: Dr. Renato Alves Góes - SI/OCO
 Especialidade: Clínica Médica - SI/OCO
 Endereço: Rua das Flores, 123 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20040-000
 Telefone: (21) 2222-1234

PACIENTE: 20100721

PACIENTE:

GOVERNO
DE RIO DE JANEIRO

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte	Sexo: Masculino	Data: 01/01/1921	Idade: 28/ANO
Solicitação: 20110171 - Exame FETAL 201	Solicitante:		
Origem: ESI	Referência: 30000	Reitor: 2074	
Data de Encerramento: 2011-01-27 14:40	Procedimento:		
Resultado do Exame			

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTOVIT	Referência
Material: ECHO	NÃO REAGENTE
Metodologia: M24 - Início da reação	
TESTE RÁPIDO C ⁴	
	AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV
equivalente	AMOSTRA NÃO REAGENTE

Ch. 10-11-00005
Zemunovic
CH-PAK-563

• Represented by a small number of individuals in each country – but important to know about them

2017-03-16

ט' באלול תשנדו

1996-01-01 00:00:00
1996-01-01 00:00:00
1996-01-01 00:00:00
1996-01-01 00:00:00

ANSWER TO CHIEF QUESTIONS

... 529

GOVERNOR
DE MEXICO

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
 Número Interno:
 Solicitação: 2011311
 Drogas: I.C.R.
 Data de Emissão: 20/07/2011 10:20:46
 Amostra: 201131100

Sexo: Masculino
 Solitário:
 Sero: HCCCR P
 Resultado:
 Resultado de Exame

Nome: 21071921
 Idade: 28 ANO

HEMOGRAMA COMPLETO

MATERIAL:	RESULTADO	REFERÊNCIA
Material: SANGUE TOTAL		
Metodologia: VTE - Autoanalise (do SAB)		
LEUCÓGRAAMA		
LEUCOCITOS	$7.17 \times 10^9/\mu\text{L}$	$4.0 - 10.0 \times 10^9/\mu\text{L}$
NEUTRÓFIOS	68.50 %	50.0 - 72.0 %
LEUFOCITOS	20.70 %	10.0 - 40.0 %
MONOCITOS	4.50 %	3.0 - 12.0 %
EOSINOFILOS	5.50 %	0.5 - 8.0 %
BASOFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMMA		
ERITROCITOS	$1.93 \times 10^{12}/\mu\text{L}$	$4.02 - 5.52 \times 10^{12}/\mu\text{L}$
HEMOGLOBINA	5.70 g/dL	13.0 - 18.0 g/dL
HEMATOCRITICO	17.30 %	40.0 - 52.0 %
VCM	89.40 ug/dL	87.0 - 103.0 ug/dL
HCM	29.50 pg	27.0 - 34.0 pg
GICM	33.00 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RBCV	11.80 %	14.0 - 16.0 %
RCV	49.30 fL	35.0 - 38.0 fL
RCV SD		
PLACITOGRAMMA		
PLACITAS	$94.00 \times 10^9/\mu\text{L}$	$100.0 - 450.0 \times 10^9/\mu\text{L}$
MPV	10.90 fL	6.5 - 12.5 fL
ADP	17.30	9.0 - 17.0
PCT	0.102 %	1.00 - 2.00 %

Consulta: 201131100
 Data: 20/07/2011
 SORO: HCCCR P

Recolhido: 201131100 - Sangue Total - Preparado: Encanho - CR: - P3122
 Data da coleta: 20/07/2011 10:20:46

201131100-1256

01 Recolhido
Peso: 0.62

01 - Sangue Total - Preparado: Encanho - CR: - P3122
 01 - Sangue Total - Preparado: Encanho - CR: - P3122
 01 - Sangue Total - Preparado: Encanho - CR: - P3122
 01 - Sangue Total - Preparado: Encanho - CR: - P3122

01 - Sangue Total - Preparado: Encanho - CR: - P3122

REC004

GOVERNO

DE Mato Grosso

Paciente: Reginaldo José Sávio de Souza

Schulungszeit: 24'

Origen: TIC

Suzo: Muse: '91:

Nage: 210°/145°

— — —
Meadow Park A.R.C.

500 visitors.

Section: B.07000

Lectures 207-1

Received:

— — — — —

Resultados del SISTEMA

Stimulus
generalization

Reproduced with the kind permission of the author, Jonathan Steele - 26 - PR 179
Reproduced with the kind permission of the author, Jonathan Steele - 27 - PR 179

250,000

1000

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

DATA DE ADMISSÃO: 18/07/2019 DN: 10/01/1991

PACIENTE: RICARDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALÉRGIA: HAB. LFTO

ALÉRGIA: 28

ALÉRGIA: PRESCRIÇÃO

ITEM

DATA GRÁF. LIVRE

METOCLOPRAMIDA 10MG PV 8/8H SN

DIPRIVONA 50MG LV OU 20 GOTAS VO DE 5ML

TRAMADOL 10MG + 5% 0,3% 50ML PV DE 8/8H SE DOR INTENSA

CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 100 FOL PAJ > 110 MMHG

SSAV 1000G 6/6H

CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 6/6H

OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

CURATIVO DIÁRIO

CLIXANE 400MG SC 1X AO DIA

TRAMA 100MG VO DL 8/8H SN

CIPIROFLOXACINO 100MG LV OU 200MG VO DL 12/12H

TIA 20MG LV DE 12/12H

SI DIABÉTICO CONEXÃO COM INSULINA REGULADA (SC)

CONFORTE ESQUILMAZ 200/500 2UL 251 200 4UI 301 350 EUR

55/400, BUN > 400, 10 ULS E OL GLICOSE < 70 CL/ML, GLICOSU

< 10% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE,

COM QUÍXAS ALGICAS, FUNÇÕES Fisiológicas PRESERVADAS, ACERCA SINTA

DIEIRA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANHÉMICO, AFEVIL, SUPNÔICO,

NORMOTENSIVO, HIDRATADO, PULSOS PLEGRÍNICOS PALPÁVEIS, ELEVADO DE

FIXADAS "BANSÁTICAS" AB D, SEM SINAIS DE FLOGOS.

ASSOLUTAMENTE INCONDUZ.

SINTOMAS MIGRAZ. DE CATEGORIA:

+ PREVISÃO DA FAZENDA FÉ

- 6 FF

12 H 12/12/2019 - 11 - 22 - 36,5

18 H 12/12/2019 - 12 - 21 - 36

24 H 12/12/2019 - 82 - 21 - 30

06h PA 180x90

P. 78

T. 36,4°C

Dr. Augusto Cavalcante

CRM: 111964

Residente em Ortopedia e

Traumatologia

DR. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM: 111964

Residente em Ortopedia e

Traumatologia

DR. AUGUSTO CAVALCANTE

CRM: 111964

Residente em Ortopedia e

Traumatologia

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



DH 19/07/2019 DN 01/01/2091

DETALHE DE ADMISSÃO

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTINHA EXFÓSTIA DE PÉNUR DISTAL D

ALÉRGIAS: HNS SIM DM2

IDADE: 38 LEITO 207-1 DATA: 25/07/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1. ACETATO ORAL DIÁRIO SN

2. CEFACLOR 500MG EV 01/01/2019-20/07/2019

3. IBUPROFENO 800MG EV QUADRO COSTAS VO DMH

4. PARACETAMOL 1000MG + CL 3,9% 100ML EV DE 08H S/F DOENÇA INTENSA

5. CEFALOSPORINA 750mg VO SE 3xAS > 150L QU FALI > 110MMHG

6. CETOZOPRIL 20 mg VO SE 3xAS > 150L QU FALI > 110MMHG

7. METFORMINA 500MG EV QU VO DA 6xH

8. PARACETAMOL 400MG VO 1X AO DIA

9. CORTICOIDE DIÁRIO

10. EXAM 100MG VO 1X AO DIA

11. PRAMAL 100MG VO DE 08H/11 SN

12. CIPROFLOXACINO 400MG EV QU 600MG VO DL 12/12H

13. A.U.H. 200MG EV DF 12/12H

14. ~~metformina 500mg ev 1x ao dia~~

15. SI DIABÉTICO CORRELAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

16. CONFORME ESCHEMA: 200-250: 2U/L, 251-300: 4U/L 301-350: 6U/L

351-400: 8U/L & 400: 10 U/L QU GLUCOSE ≤ 70 DMGL. GLICOSF

≤ 100: 40 MILIT. AVISAR P/ ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRADO PACIENTE DEPACADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUE NOS ALÉGIAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ALCITA SEM A DIFTA.

EXAM: TEGO: BEC, ACRIANÓTICO, ANCFÍRIO, AFEBRIL, FUPNEICO, NOXINOCORADO, LUMATATO, PULSOS PLAFÉRICOS PALPAVEL, EM USO DE PROTECTOR TRANSPARENTE, SEM SINAIS DE FLOCOSSE

ASOLUTAÇAO: CONSULTA:

SINTOMAS	DATA	VALORES
FEbre	FR	
6H		
12H		
18H		
24H		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM 161.2964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

13: 300mg. trazaceto R V P. 1x3

14: 1000mg. ibuprofeno 1x3

15: 1000mg. acetaminofeno 1x3

16: 1000mg. acetaminofeno 1x3

C. P. V.

Dr. Pedro Góes
CRM 161.2964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

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



01/01/1991

DATA DE ADMISSÃO	CIN	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE: ROINALDO ANDRADE DUARTE				
AGONOSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALTERAÇÕES	HAS	SIM	DMV	
EDADE	26	LEITO	207	DATA
ITEM	PREScriÇÃO			MORÁRIO
1	DIFTA ORAL DIVR			52
2	METOCOPRAMIDA 10MG EV 8/6H S/N			
3	DIPRONE 50MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/6H S/N			
4	TRAMAL 100MG + SI 0,9% 100ML LV DE 8/6H SL DOR INTENSA			
5	CAPTOPRIL 25mg VO SL PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG			
6	IBGIV + COGG 8/6H			Ritmo 22/10
7	CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DL 8/6H			
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			
9	CURATIVO DIÁRIO			
10	CI EXANE 40MG SC 1X AO DIA			
11	TRAMAL 100MG VO DL 8/6H S/N			
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DL 12/12H			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONTOUR FUSION: 200 250: 20U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; > 400: 10 U/L CI GLICOSOL ≤ 70 DI AMIL. GLICOSYL ≤ 500-400 MIL LV + AVISAR PLANTONISTA			

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LITIO, A1W0, BLATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACHADA BEM A DIFTA.

EXAME FÍSICO: BFG. ACIANÓTICO, ANESTÉSICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCAPNICO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

Medicamento: AVP,
05 2500U.

ASSESSORADO: CONDUZIDA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIAS		SINAIS VITAIS		Dr. Augusto Covalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
A PREVISÃO	REALIZADA	PA	FC	
0H				
12 H	10/07/00	84	-	36 °C
18 H	13/07/00	78	-	36,1 °C
24 H	10/07/00	84	-	36,2 °C
07 H	10/07/00	78	-	36 °C

Assessorado:
Dr. Augusto Covalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Pedro de Oliveira
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

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



DATA DE ADMISSÃO DIH 19/07/2019 DN 01/01/1991

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTICA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS	NAS	SIM	DMZ
IDADE	26	ATIVO	2017-4
PTM		PREScriÇÃO	

1	ACE T A ORAL 1 VRE		
2	METOCLOPRAMIDA 10MG LV 820 3/4		
3	CHIROMYCIN 600MG EV OU 40 GOTAS VO DF 8H 5K		
4	TRAMAL 100MG + RFG 0,5% 10ML EV DE 8H SE DOR INTENSA		
5	ACAPTOR 25 mg VO SE PAS + 180 F OU PAD > 110 MMHG		
6	SSSVV + CCGG 0/0 1		
7	CININDAMICINA 600MG LV O... VO DE 8H		
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA		
9	DURATIVO DIÁRIO		
10	OLEXANE 40MG SC 1X AO DIA		
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8 5K		
12	CIPROF. OXACINO 400MG EV OJ 800MG VO DF 12/2H		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORRERÇAO COM INSULINA IRGUELA (SC).
CONFORME ESQUEMA: 20U 08H 7UI 251-300 4UI 301-350 6UI;
351-400 8UI, 2400 10 UI E QUADRO DE GLICOSE < 70 mg/ML GLUCOSE
60% 40 mg FV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTROU PACIENTE DETRADO NO LI-HO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE,
COM OLHOS AGRÍGOS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACITA BEM A
DIETA.

EXAME FÍSICO: RFG, ALBINÓTICO, ANCESTRAL, AFLBIL, EUPNÉIA,
NORMOCRÔNICO, HIBRATADO, PULSOS 72, FRANOS PALPÁVEIS, EM USO DE
PIXAÇOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS PILOGOSI.

Dr. Elmer Souza
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RR 1024

4 SOLICITADO. 5 CONSIDERA:

PROGRAMAÇAO DE ENERGIA			
SINTOMAS	PA	FC	FR
6 H	PA	79	36
12 H	PA	79	36
18 H	PA	63	36
24 H	PA	89	363

Dr. Augusto Cevalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Tratamento de Necidas =

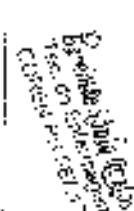
Ricimando A. Dacunha
Leitor: T-2-1

Data: 28/03/10

100:07

Elaborada: 02/2011

Atualizada: 12/2018

Localização		Região: <u>RN, S, D</u>		Região:
Etiologia	() ICPP I II III IV V* () Trauma () Outro:	() Queimadura () Cirurgia () IM () Vascular	() ICPP I II III IV V* () Queimadura () Cirurgia () IM () Vascular	() Trauma () Fratura () Trafão () Fixador Externo () Artroplastia
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Preta () Edema () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Férula Simila () Outros () Natural () Macerado () Seca () Fritena / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Preta () Edema () Granulação () Epitelização () Férula Fechada () Ocreto/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Fritena / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Preta () Edema () Granulação () Epitelização () Férula Fechada () Ocreto/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Fritena / Rubor () Outro:	() Necrose: Amarela/Preta () Edema () Granulação () Epitelização () Férula Fechada () Ocreto/Sonda () Outros () Normal () Macerado () Seca () Fritena / Rubor () Outro:
Pele/Percelosinal	() Púrpura () Serose () Sangüinolenta () Serosanguíneo () Seco () Úmido () Outro:	() Púrpura () Seroso () Sangüinolento () Serosanguíneo () Seco () Molhado () Úmido () Outro:	() Púrpura () Seroso () Sangüinolento () Serosanguíneo () Seco () Molhado () Úmido () Outro:	() Púrpura () Seroso () Sangüinolento () Serosanguíneo () Seco () Molhado () Úmido () Outro:
Tipo de Exsudato	() Exsudato	() Exsudato	() Exsudato	() Exsudato
Quantidade de Exsudato	() Mórbido () Úmido () Seco	() Mórbido () Úmido () Seco	() Mórbido () Úmido () Seco	() Mórbido () Úmido () Seco
Solução de Limppeza	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% () Outro:
Cobertura	() Fraca () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	() Fraca () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	() Fraca () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel	() Fraca () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
Profissional que realizou procedimento:	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h	() 12/12 () 48/48h
Observações:	 			

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PREScriÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO | DIA | 19/07/2019 | DN | 01/01/1991
 PACIENTE REGISTRO DO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO X EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

Nº PROTO	HAS	SIM	DMZ
10430	LEITO	2454	DATA
11PM	PREScriÇÃO		

1.	DOLTA ORAL 1100MG	HORÁRIO
2.	PARACOCLOPANIDA 10MG LV 8/8H SIN	SND
3.	DIPIRIGINA 500MG PV OU 40 GOTAS VO DE 6/8H SN	SN
4.	TRAMADOL 100MG + 5% 100ML PV DE 8/8H SH DOR INTENSA	SN
5.	CAPTOPRIL 50 mg VO SL PAS > 160 E OS IPAD > 110 MMHG	SN
6.	RRMV - COGG 5/6 H	Interd
7.	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/8H	12/12H 24/24
8.	UMEDADEM 40MG VO 1X AO DIA	12/12H
9.	URATAVO DIÁRIDO	Interd
10.	OTEXANL 40MG SC 1X AO DIA	16/12H
11.	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H RN	SN
12.	CLAVO LOXACINO 400MG EV OU 600MG VO DE 12/12H	08/08
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200 250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-360: 6UI;
 361-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI SE GLUCOSF ≤ 70 DL/ML, GLUCOSF
 ≥ 90% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE ENCONTRADO NO LEITO, ATIVO, AFAVOR, CONFACTUANTE,
 COM TENSAS ALGIAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A
 DIETA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE
 FERMENTAS NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SI DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB

DE 8.1

EXAME FÍSICO: SIC, ACIANÔTICO, ANESTÉTICO, AFFRIL, LUPNFICO,
 PODOCORAO, P.DIA: ADD, PULSOS PLURIFERICOS PALPÁVEIS, LM USO SL
 FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOCOSL.

SINAIS VITIAIS CONDUTA:

6 H	PA	FC	FR
PROGRAMADO	CRUZADA		
24 H	24/24	80	24/24
24 H	30/24	90	36/24

Dr. Augusto Covalcante
 CRM-RN 1364
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

AUX: PA: 135/73

FC: 80 TC: 36.5°

16 h: Peso: 70 kg, muito desidratado, uso de
 "máscara" de oxigênio 5L/min. bala

Obs: Necessita de oxigênio
 (CVO e ev) na farmácia
 recomendação

SEM GREPO
 (sem grepo)

16 h: Peso: 70 kg, muito desidratado, uso de
 "máscara" de oxigênio 5L/min. bala

Paciente: Rosinilda Andrade Almeida
 Leito: 208-2
 Data: 29/02/2019

Localização			Região: <u>M. S. D.</u>			Região: <u>M. S. P.</u>
Biologia	<input checked="" type="checkbox"/> IPE III IV V ^{ma} <input checked="" type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Ónico		Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular	<input checked="" type="checkbox"/> IAP III IV V ^{ma} <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo		Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular
Aparência do leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose Amarela/Negra <input checked="" type="checkbox"/> Herida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outro:		Hiperemia	<input type="checkbox"/> Iscrose Amarela/Vaca <input checked="" type="checkbox"/> Herida fechada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outro:		Hiperemia
Perfusional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Único		Perfusão	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Único		Perfusão
Tipo de Hessadato	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Sessossanguíneo <input type="checkbox"/> Seca		Hessadato	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Sessossanguíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seca		Hessadato
Quantidadade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Melhado <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Seco		Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Melhado <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Seco		Exsudato
Solução de Impêza	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2%		Solução de Impêza	<input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%		Solução de Impêza
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prats		Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prats		Cobertura primária
Vrach	<input checked="" type="checkbox"/> H2/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diáfrago		Vrach	<input checked="" type="checkbox"/> 48/48h		Vrach
Profissional que realizou procedimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Kátia Góes Ribeiro <input checked="" type="checkbox"/> Ana Paula Góes Ribeiro		Realizou:	<input checked="" type="checkbox"/> 12/27/2 <input checked="" type="checkbox"/> 08/03/2019		Realizou:
Observações:	<input checked="" type="checkbox"/> Atenção <input checked="" type="checkbox"/> Prevenção <input checked="" type="checkbox"/> Correção					

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



HORA DE ADMISSÃO: DIH 19/07/2019 DN 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGENDA: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL C

NÚMERO DE HABITE	NAS	SIM	DMZ
28	LEITO	208-2	DATA
			31/07/2019

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	DE ÁCEROL UVR	5UD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV B/8H S/N	SU
3	DIPRIVINA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	12-24 CP S
4	TRAMAL 100MG + SFG 0,5% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	S.E.
5	CAFTOFIRIL 25 mg VO SE FAS > 100 E OU PAP > 110 MM/HG	C.P.
6	SSUV + COGG 6/6 H	12-24 CP S
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	C.P.
8	MEFENICOL 400MG VO 1X AO DIA	CP
9	CURATIVO DIÁRIO	12-24 CP S
10	CLEARNE 40MG SC 1X AO DIA	14
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

SE DIABÓTICO CORRELAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESCALFMA: 700-250: 2UI; 251-200: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSOF ≤ 70 LD/LML, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTAS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRADO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM Q.U. MAS ALGÍCAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACEITA SEM A DIETA. DIA 19/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HUMÁCIAS, NA OCASIÃO O PACIENTE ENCONTRAVA-SE ID 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HS E PR.

EXAME FÍSICO: VIG, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUNDÍLICO, HEMOCRITÔMICO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

ANALISES E CONDUTA:

R.H	FA	FC	FR	DR. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
48H	125/121	77	12	135,6
24H	109 X 76	92	12	136,2

24h PAP: 136,2

Residente Ortopedia e TRAUMATOLOGIA

F: 1,31

MAX: 33,2

Tra. Relação

12.000 Reais mês
luta, conseguindo mel-
horias medicas ab-
rira 16 e SSUV C
Vila... no Centro de Roraima
2019

Q: 120 X 68

P: 54

Dr. Hugo Mendes
Traumato. Ortoped.
CRM-RR 1964

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH 18/07/2015

DN

01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE D'CARTE

AGNOSTICO: EAB-OSTA DE FEMUR DISTAL C

ALERGIA:

HAS

SIM

DM2

IDADE: 25

I FITO

208-2

DATA

01/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1.	NAZETIA DIA 1/2 H	SN
2.	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 9/8H S/N	SN
3.	CAPRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN 10
4.	TRAMAL 100MG - SF 0,9% 100ML EV DE 0/6H SE DOR INTENSA	SN
5.	ICAPTOFIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	SN
6.	ISCRV + CCCG 6/6 H	APLICAR/REALIZAR
7.	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
8.	UNID 750/20K 40MG VO 1X AO DIA	66
9.	CREATIVO DIÁRIO	CREATIVO
10.	UNID FXAGE 40MG SC 1X AO DIA	40
11.	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNAS	RETIRAR
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.	SE DIAGNÓSTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESCALONAMENTO: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLUCOSE < 70 DM/L GLUCOSE < 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTROU PACIENTE DEITADO NO I FITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM LUTRAS MÍGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA DIA 07/08/2019 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁTOMAS NA OCASIÃO O HGB ENCONTRAVA-SE DE 5.7 .APÓS TRANSFUSÃO HGB 12.6.

EXAME FÍSICO : HEPATICO, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LU-PNEICC, HYPOTENSIVO, HIDRATADO , PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE DOADOR TRANSPARENTE CLOUARD, SEM SINAIS DE FLOGOSE .

SINTOMAS / COLETA:

6 H	PA	PO	RR
6 H	120/80	REG	16
12 H	S/PA	S/PO	S/RR
18 H	130/80	REG	15/16
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964
 Residente da Ortopedia e
 Traumatologia

10h 135,5 / PA: 85/64

sh. paciente referindo alguma
 melhora no humor, fome, farto
 TEP: 37,5°C

Tratamento de Feridas - HGK		Paciente: <u>R. S. Gonalves Andrade Queiroz</u>	Data: <u>04/10/2012</u>
Localização		Região: <u>M. I. E.</u>	Região: <u>M. I. E. C. O. R. A.</u>
Fisiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tracção _____ Fissador Externo _____ <input checked="" type="checkbox"/> Choque _____	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura: _____ Cirurgia: _____ DM: _____ Vasculár <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tensão _____ Fixador Externo _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ósseo: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Queimadura: _____ Cirurgia: _____ DM: _____ Vasculár <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: _____ Tensão _____ Fixador Externo _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ósseo: _____
Aparência do Tacho	<input checked="" type="checkbox"/> Nectrose: Amarela/Neutra: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Seca: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Molhada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Nectrose: Amarela/Neutra: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Seca: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Molhada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Nectrose: Amarela/Neutra: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Seca: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Molhada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Hidrogel: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outros: _____
Características Perisionais	<input checked="" type="checkbox"/> Normal: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Infecção: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seca: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eritema: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Rubor: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Infecção: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seca: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eritema: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Rubor: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Normal: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Infecção: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seca: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Eritema: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Rubor: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Tipos de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seroso: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seroso: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Purulento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seroso: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____
Qualidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Único: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Misto: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Único: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seco: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Molhado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Único: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Seco: _____
Solução de Limpesa	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Cloexidina 2%: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Cloexidina 2%: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Cloexidina 2%: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%: _____
Cobertura Primária	<input checked="" type="checkbox"/> Guaco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Curto: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Guaco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Curto: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Guaco: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Curto: _____
Fixa	<input checked="" type="checkbox"/> 10/2/12: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Único: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 10/2/12: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Único: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h: _____	<input checked="" type="checkbox"/> 10/2/12: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Único: _____ <input checked="" type="checkbox"/> 48/48h: _____
Profissional que realizou procedimento:	<input checked="" type="checkbox"/> Dr. J. P. R. G. L. T. R. _____ <input checked="" type="checkbox"/> GORE-TEX 5x5cm: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outra: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Dr. J. P. R. G. L. T. R. _____ <input checked="" type="checkbox"/> GORE-TEX 5x5cm: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outra: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Dr. J. P. R. G. L. T. R. _____ <input checked="" type="checkbox"/> GORE-TEX 5x5cm: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Outra: _____

208

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

DIA DA ADMISSÃO | DIH | 18/07/2019 | DN | 01/01/1901

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO EXPOSTO DE FEMUR DISTAL D

DATA	HORA	SIM	DATA	HORÁRIO
28	11H00	208-2	02/08/2019	
				PREScrição
1	DILATACIÓN VRE			SuB
2	MULTIDRUGRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SuM
3	DIPRIVONA 500MG EV QJ 45 GOTAS VO DL 6/6H S/N			Su
4	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			10
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 L OU PAD > 110 MMHG			Su
6	ESVV + CCIGG 6/6 H			An-10
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N			Su
8	CIMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			
9	CURATIVO DIÁRIO			Curativo
10	OLEXANF 40MG SC 1X AO DIA			103 m
11	REFLETIR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNAS			T
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	SE HIA, SE HICCO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESCALFMA: 200-250: 2UI; 250-300: 4UI; 300-350: 6UI; 350-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DM-1, GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

II ENCONTRO PACIENTE DILATADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALÉMICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 18/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAIS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB 10.7.

EXAME FÍSICO: BCG, AGANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, FLÉMICO, COCCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERITUBICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FRONDEL, FRANZAS, ICULAS D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

EVOLUÇÃO E CONDUCA:

DATA	PA	FF	FR	T°C
18/07/19	134/150	70	26.7	
18/07/19	130/124	74	36.1	
24/07/19	140/120	70	36.2	

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Bruno Pimentel dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Centro 1047 CRM 1922

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS AMBULATÓRIOS

Prática 3: Planificação de questões de exame

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



SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED 11/19/2015 BY [Signature] 01/01/1991

PACIENTE: SÉRGIO ALDO ANDRADE DUARTE

AGENSTETTE EXPONSTA DE FEMUR DISTAL D

ANSWER: **EXTRA-DEPARTMENTAL**

ACERCA DE : - - - - - VERSO : - - - - - DATA : - - - - -

FECHA: 08/09/2010 **HORARIO:** 10:00 AM

ITEM	PRESCRIÇÃO	NOTAS
1	PARA ORAL LIVRE	SNU
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/BH S/N	SN
3	DOPAMINA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SU + H
4	INOMER 400MG + 8% 50ML EV DF 8/2H SE DOR INTENSA	SD
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAS > 110 MMHG	SU
6	NEON + DCGG 6/6 H	<i>Referir</i> <i>Indicar</i>
7	TRAMADOL 100MG VO DE 8/8H SN	SU
8	DICLOFENAC 40MG VO 1X AO DIA	SC
9	CURATIVO DIÁRIDO	<i>Curativo</i>
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SC
11	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNAS	<i>Curativo</i>
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	<u>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; E 400: 10 UI E QUANDO GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</u>	SU

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DE TATO NO LEITO, ATIVO, BI-ATIVO, CONTACTANTE, COM DIFERENAS ALÉGIAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. NA DATA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HLMÁGIAS, NA QUASE O 113 ENCONTRAVA-SE DF 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HS DF 8.1

EXAMEN FÍSICO: BLS, ACINÓTICO, ANESTÉTICO, ATERRÍ, FUPNLICO, IMPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVILIS, FM USO DE FIXAGENS TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSF.

SINAIS	CONDUTA			
Nº 133299	76	12	35	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964
18 H	115822	14	16	Residente de Ortopedia e Traumatologia
24 H	161238	60	32	35.8%

1877. (See also 350 V.)

Dr. Hyattide C. Jones
Orthopedic & Traumatologist
Church of God Hospital
CRM-121 19272

22:352, 3ac.

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



BESTA SISTEMAS DE CO-ANTRACITE DUCART

ESTUDO EXPANSÃO DE FEMUR DISTAL

ANSWER	PAS	SIM	D342	
LEITO	208-2	DATA	04/08/2019	

LINHA	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	CHEIA C/ANALFRE	SU
2	MEFENAMICO 10MG EV 8/3H S/N	SU
3	CIPRININA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6IN SN	SU
4	TRAMAL 100MG + SP 0.9% 100ML FV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SU
6	BBWV > 0003 3/3 !!	ATENÇÃO: Colar
7	TRAMAL 100MG VO DF 8/3H SN	SU
8	CLITRONA 100, 200MG VO 1X AO DIA	PER
9	FLUMATIVO DIÁRIO	PER
10	CLEXAN 40MG SC 1X AO DIA	TE
11		
12		
13		
14		
22	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULIN. PECULIAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; > 400: 10 U. OU GLUCOSE < 70 DL/ML GLUCOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PIANTONISTA	SU

EVO: US AND MEXICO

#ENDOUM PRÓ PACIENTE DE TATO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE, COM QUEIRAS NÓGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BLM A INFUS. DIA DIA 26/2/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁTIA, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SI DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1.

EXAME FÍSICO: BEG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFERRIL, EUPNEICO, HÍPOCORRIDO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, LM USO DE FIXADOR TRANSPARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

J. T. Bishop, Seaford
Proposed November 28
1948

Digitized by srujanika@gmail.com

6 H	PA	FC	FR
+ 000-25AMP	CAD. DE CIRURGIA		
+ 000-500 DE ALTA	SEMA PREVISÃO		
18 H			
24 H	EX 31	67	35.1

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RN 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Leito: 303 - 2

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Rogério Andrade Viana
Data: 04 / 08 / 2013

Localização	 Região: <u>A 5</u>	
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> Lesão: Abrasão <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Fissura <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fracasso Externo <input type="checkbox"/> Iatrogênica <input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Neurite: Amarela/Preta <input type="checkbox"/> Estufado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Fissura: Fechada <input type="checkbox"/> Aberta/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Reje Pectinase/ed	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipersecreção <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Infiltração / Rútor <input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Maceração <input type="checkbox"/> Isca <input type="checkbox"/> Infiltração / Rútor <input type="checkbox"/> Outro:	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Paroxístico <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sangüíneo <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Único: Fértil <input type="checkbox"/> Seco	
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Unido <input type="checkbox"/> Seco	
	<input type="checkbox"/> Seco Fisiológico 0,5% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Seco Fisiológico 0,5% <input type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	
Solução de Linha	<input type="checkbox"/> Cobre <input type="checkbox"/> Colágeno e fibrina <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hiflogeal <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e fibrina <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hiflogeal <input type="checkbox"/> Outro:	
	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno e fibrina <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hiflogeal <input type="checkbox"/> Outro:	
Tabela	<input type="checkbox"/> 12/02 <input type="checkbox"/> 13/08 <input type="checkbox"/> 14/08 <input type="checkbox"/> 15/08 <input type="checkbox"/> 16/08 <input type="checkbox"/> 17/08 <input type="checkbox"/> 18/08 <input type="checkbox"/> 19/08 <input type="checkbox"/> 20/08 <input type="checkbox"/> 21/08 <input type="checkbox"/> 22/08 <input type="checkbox"/> 23/08 <input type="checkbox"/> 24/08 <input type="checkbox"/> 25/08 <input type="checkbox"/> 26/08 <input type="checkbox"/> 27/08 <input type="checkbox"/> 28/08 <input type="checkbox"/> 29/08 <input type="checkbox"/> 30/08 <input type="checkbox"/> 31/08 <input type="checkbox"/> 01/09 <input type="checkbox"/> 02/09 <input type="checkbox"/> 03/09 <input type="checkbox"/> 04/09 <input type="checkbox"/> 05/09 <input type="checkbox"/> 06/09 <input type="checkbox"/> 07/09 <input type="checkbox"/> 08/09 <input type="checkbox"/> 09/09 <input type="checkbox"/> 10/09 <input type="checkbox"/> 11/09 <input type="checkbox"/> 12/09 <input type="checkbox"/> 13/09 <input type="checkbox"/> 14/09 <input type="checkbox"/> 15/09 <input type="checkbox"/> 16/09 <input type="checkbox"/> 17/09 <input type="checkbox"/> 18/09 <input type="checkbox"/> 19/09 <input type="checkbox"/> 20/09 <input type="checkbox"/> 21/09 <input type="checkbox"/> 22/09 <input type="checkbox"/> 23/09 <input type="checkbox"/> 24/09 <input type="checkbox"/> 25/09 <input type="checkbox"/> 26/09 <input type="checkbox"/> 27/09 <input type="checkbox"/> 28/09 <input type="checkbox"/> 29/09 <input type="checkbox"/> 30/09 <input type="checkbox"/> 31/09 <input type="checkbox"/> 01/10 <input type="checkbox"/> 02/10 <input type="checkbox"/> 03/10 <input type="checkbox"/> 04/10 <input type="checkbox"/> 05/10 <input type="checkbox"/> 06/10 <input type="checkbox"/> 07/10 <input type="checkbox"/> 08/10 <input type="checkbox"/> 09/10 <input type="checkbox"/> 10/10 <input type="checkbox"/> 11/10 <input type="checkbox"/> 12/10 <input type="checkbox"/> 13/10 <input type="checkbox"/> 14/10 <input type="checkbox"/> 15/10 <input type="checkbox"/> 16/10 <input type="checkbox"/> 17/10 <input type="checkbox"/> 18/10 <input type="checkbox"/> 19/10 <input type="checkbox"/> 20/10 <input type="checkbox"/> 21/10 <input type="checkbox"/> 22/10 <input type="checkbox"/> 23/10 <input type="checkbox"/> 24/10 <input type="checkbox"/> 25/10 <input type="checkbox"/> 26/10 <input type="checkbox"/> 27/10 <input type="checkbox"/> 28/10 <input type="checkbox"/> 29/10 <input type="checkbox"/> 30/10 <input type="checkbox"/> 31/10 <input type="checkbox"/> 01/11 <input type="checkbox"/> 02/11 <input type="checkbox"/> 03/11 <input type="checkbox"/> 04/11 <input type="checkbox"/> 05/11 <input type="checkbox"/> 06/11 <input type="checkbox"/> 07/11 <input type="checkbox"/> 08/11 <input type="checkbox"/> 09/11 <input type="checkbox"/> 10/11 <input type="checkbox"/> 11/11 <input type="checkbox"/> 12/11 <input type="checkbox"/> 13/11 <input type="checkbox"/> 14/11 <input type="checkbox"/> 15/11 <input type="checkbox"/> 16/11 <input type="checkbox"/> 17/11 <input type="checkbox"/> 18/11 <input type="checkbox"/> 19/11 <input type="checkbox"/> 20/11 <input type="checkbox"/> 21/11 <input type="checkbox"/> 22/11 <input type="checkbox"/> 23/11 <input type="checkbox"/> 24/11 <input type="checkbox"/> 25/11 <input type="checkbox"/> 26/11 <input type="checkbox"/> 27/11 <input type="checkbox"/> 28/11 <input type="checkbox"/> 29/11 <input type="checkbox"/> 30/11 <input type="checkbox"/> 31/11 <input type="checkbox"/> 01/12 <input type="checkbox"/> 02/12 <input type="checkbox"/> 03/12 <input type="checkbox"/> 04/12 <input type="checkbox"/> 05/12 <input type="checkbox"/> 06/12 <input type="checkbox"/> 07/12 <input type="checkbox"/> 08/12 <input type="checkbox"/> 09/12 <input type="checkbox"/> 10/12 <input type="checkbox"/> 11/12 <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 13/12 <input type="checkbox"/> 14/12 <input type="checkbox"/> 15/12 <input type="checkbox"/> 16/12 <input type="checkbox"/> 17/12 <input type="checkbox"/> 18/12 <input type="checkbox"/> 19/12 <input type="checkbox"/> 20/12 <input type="checkbox"/> 21/12 <input type="checkbox"/> 22/12 <input type="checkbox"/> 23/12 <input type="checkbox"/> 24/12 <input type="checkbox"/> 25/12 <input type="checkbox"/> 26/12 <input type="checkbox"/> 27/12 <input type="checkbox"/> 28/12 <input type="checkbox"/> 29/12 <input type="checkbox"/> 30/12 <input type="checkbox"/> 31/12 <input type="checkbox"/> 01/01 <input type="checkbox"/> 02/01 <input type="checkbox"/> 03/01 <input type="checkbox"/> 04/01 <input type="checkbox"/> 05/01 <input type="checkbox"/> 06/01 <input type="checkbox"/> 07/01 <input type="checkbox"/> 08/01 <input type="checkbox"/> 09/01 <input type="checkbox"/> 10/01 <input type="checkbox"/> 11/01 <input type="checkbox"/> 12/01 <input type="checkbox"/> 13/01 <input type="checkbox"/> 14/01 <input type="checkbox"/> 15/01 <input type="checkbox"/> 16/01 <input type="checkbox"/> 17/01 <input type="checkbox"/> 18/01 <input type="checkbox"/> 19/01 <input type="checkbox"/> 20/01 <input type="checkbox"/> 21/01 <input type="checkbox"/> 22/01 <input type="checkbox"/> 23/01 <input type="checkbox"/> 24/01 <input type="checkbox"/> 25/01 <input type="checkbox"/> 26/01 <input type="checkbox"/> 27/01 <input type="checkbox"/> 28/01 <input type="checkbox"/> 29/01 <input type="checkbox"/> 30/01 <input type="checkbox"/> 31/01 <input type="checkbox"/> 01/02 <input type="checkbox"/> 02/02 <input type="checkbox"/> 03/02 <input type="checkbox"/> 04/02 <input type="checkbox"/> 05/02 <input type="checkbox"/> 06/02 <input type="checkbox"/> 07/02 <input type="checkbox"/> 08/02 <input type="checkbox"/> 09/02 <input type="checkbox"/> 10/02 <input type="checkbox"/> 11/02 <input type="checkbox"/> 12/02 <input type="checkbox"/> 13/02 <input type="checkbox"/> 14/02 <input type="checkbox"/> 15/02 <input type="checkbox"/> 16/02 <input type="checkbox"/> 17/02 <input type="checkbox"/> 18/02 <input type="checkbox"/> 19/02 <input type="checkbox"/> 20/02 <input type="checkbox"/> 21/02 <input type="checkbox"/> 22/02 <input type="checkbox"/> 23/02 <input type="checkbox"/> 24/02 <input type="checkbox"/> 25/02 <input type="checkbox"/> 26/02 <input type="checkbox"/> 27/02 <input type="checkbox"/> 28/02 <input type="checkbox"/> 29/02 <input type="checkbox"/> 30/02 <input type="checkbox"/> 31/02 <input type="checkbox"/> 01/03 <input type="checkbox"/> 02/03 <input type="checkbox"/> 03/03 <input type="checkbox"/> 04/03 <input type="checkbox"/> 05/03 <input type="checkbox"/> 06/03 <input type="checkbox"/> 07/03 <input type="checkbox"/> 08/03 <input type="checkbox"/> 09/03 <input type="checkbox"/> 10/03 <input type="checkbox"/> 11/03 <input type="checkbox"/> 12/03 <input type="checkbox"/> 13/03 <input type="checkbox"/> 14/03 <input type="checkbox"/> 15/03 <input type="checkbox"/> 16/03 <input type="checkbox"/> 17/03 <input type="checkbox"/> 18/03 <input type="checkbox"/> 19/03 <input type="checkbox"/> 20/03 <input type="checkbox"/> 21/03 <input type="checkbox"/> 22/03 <input type="checkbox"/> 23/03 <input type="checkbox"/> 24/03 <input type="checkbox"/> 25/03 <input type="checkbox"/> 26/03 <input type="checkbox"/> 27/03 <input type="checkbox"/> 28/03 <input type="checkbox"/> 29/03 <input type="checkbox"/> 30/03 <input type="checkbox"/> 31/03 <input type="checkbox"/> 01/04 <input type="checkbox"/> 02/04 <input type="checkbox"/> 03/04 <input type="checkbox"/> 04/04 <input type="checkbox"/> 05/04 <input type="checkbox"/> 06/04 <input type="checkbox"/> 07/04 <input type="checkbox"/> 08/04 <input type="checkbox"/> 09/04 <input type="checkbox"/> 10/04 <input type="checkbox"/> 11/04 <input type="checkbox"/> 12/04 <input type="checkbox"/> 13/04 <input type="checkbox"/> 14/04 <input type="checkbox"/> 15/04 <input type="checkbox"/> 16/04 <input type="checkbox"/> 17/04 <input type="checkbox"/> 18/04 <input type="checkbox"/> 19/04 <input type="checkbox"/> 20/04 <input type="checkbox"/> 21/04 <input type="checkbox"/> 22/04 <input type="checkbox"/> 23/04 <input type="checkbox"/> 24/04 <input type="checkbox"/> 25/04 <input type="checkbox"/> 26/04 <input type="checkbox"/> 27/04 <input type="checkbox"/> 28/04 <input type="checkbox"/> 29/04 <input type="checkbox"/> 30/04 <input type="checkbox"/> 31/04 <input type="checkbox"/> 01/05 <input type="checkbox"/> 02/05 <input type="checkbox"/> 03/05 <input type="checkbox"/> 04/05 <input type="checkbox"/> 05/05 <input type="checkbox"/> 06/05 <input type="checkbox"/> 07/05 <input type="checkbox"/> 08/05 <input type="checkbox"/> 09/05 <input type="checkbox"/> 10/05 <input type="checkbox"/> 11/05 <input type="checkbox"/> 12/05 <input type="checkbox"/> 13/05 <input type="checkbox"/> 14/05 <input type="checkbox"/> 15/05 <input type="checkbox"/> 16/05 <input type="checkbox"/> 17/05 <input type="checkbox"/> 18/05 <input type="checkbox"/> 19/05 <input type="checkbox"/> 20/05 <input type="checkbox"/> 21/05 <input type="checkbox"/> 22/05 <input type="checkbox"/> 23/05 <input type="checkbox"/> 24/05 <input type="checkbox"/> 25/05 <input type="checkbox"/> 26/05 <input type="checkbox"/> 27/05 <input type="checkbox"/> 28/05 <input type="checkbox"/> 29/05 <input type="checkbox"/> 30/05 <input type="checkbox"/> 31/05 <input type="checkbox"/> 01/06 <input type="checkbox"/> 02/06 <input type="checkbox"/> 03/06 <input type="checkbox"/> 04/06 <input type="checkbox"/> 05/06 <input type="checkbox"/> 06/06 <input type="checkbox"/> 07/06 <input type="checkbox"/> 08/06 <input type="checkbox"/> 09/06 <input type="checkbox"/> 10/06 <input type="checkbox"/> 11/06 <input type="checkbox"/> 12/06 <input type="checkbox"/> 13/06 <input type="checkbox"/> 14/06 <input type="checkbox"/> 15/06 <input type="checkbox"/> 16/06 <input type="checkbox"/> 17/06 <input type="checkbox"/> 18/06 <input type="checkbox"/> 19/06 <input type="checkbox"/> 20/06 <input type="checkbox"/> 21/06 <input type="checkbox"/> 22/06 <input type="checkbox"/> 23/06 <input type="checkbox"/> 24/06 <input type="checkbox"/> 25/06 <input type="checkbox"/> 26/06 <input type="checkbox"/> 27/06 <input type="checkbox"/> 28/06 <input type="checkbox"/> 29/06 <input type="checkbox"/> 30/06 <input type="checkbox"/> 31/06 <input type="checkbox"/> 01/07 <input type="checkbox"/> 02/07 <input type="checkbox"/> 03/07 <input type="checkbox"/> 04/07 <input type="checkbox"/> 05/07 <input type="checkbox"/> 06/07 <input type="checkbox"/> 07/07 <input type="checkbox"/> 08/07 <input type="checkbox"/> 09/07 <input type="checkbox"/> 10/07 <input type="checkbox"/> 11/07 <input type="checkbox"/> 12/07 <input type="checkbox"/> 13/07 <input type="checkbox"/> 14/07 <input type="checkbox"/> 15/07 <input type="checkbox"/> 16/07 <input type="checkbox"/> 17/07 <input type="checkbox"/> 18/07 <input type="checkbox"/> 19/07 <input type="checkbox"/> 20/07 <input type="checkbox"/> 21/07 <input type="checkbox"/> 22/07 <input type="checkbox"/> 23/07 <input type="checkbox"/> 24/07 <input type="checkbox"/> 25/07 <input type="checkbox"/> 26/07 <input type="checkbox"/> 27/07 <input type="checkbox"/> 28/07 <input type="checkbox"/> 29/07 <input type="checkbox"/> 30/07 <input type="checkbox"/> 31/07 <input type="checkbox"/> 01/08 <input type="checkbox"/> 02/08 <input type="checkbox"/> 03/08 <input type="checkbox"/> 04/08 <input type="checkbox"/> 05/08 <input type="checkbox"/> 06/08 <input type="checkbox"/> 07/08 <input type="checkbox"/> 08/08 <input type="checkbox"/> 09/08 <input type="checkbox"/> 10/08 <input type="checkbox"/> 11/08 <input type="checkbox"/> 12/08 <input type="checkbox"/> 13/08 <input type="checkbox"/> 14/08 <input type="checkbox"/> 15/08 <input type="checkbox"/> 16/08 <input type="checkbox"/> 17/08 <input type="checkbox"/> 18/08 <input type="checkbox"/> 19/08 <input type="checkbox"/> 20/08 <input type="checkbox"/> 21/08 <input type="checkbox"/> 22/08 <input type="checkbox"/> 23/08 <input type="checkbox"/> 24/08 <input type="checkbox"/> 25/08 <input type="checkbox"/> 26/08 <input type="checkbox"/> 27/08 <input type="checkbox"/> 28/08 <input type="checkbox"/> 29/08 <input type="checkbox"/> 30/08 <input type="checkbox"/> 31/08 <input type="checkbox"/> 01/09 <input type="checkbox"/> 02/09 <input type="checkbox"/> 03/09 <input type="checkbox"/> 04/09 <input type="checkbox"/> 05/09 <input type="checkbox"/> 06/09 <input type="checkbox"/> 07/09 <input type="checkbox"/> 08/09 <input type="checkbox"/> 09/09 <input type="checkbox"/> 10/09 <input type="checkbox"/> 11/09 <input type="checkbox"/> 12/09 <input type="checkbox"/> 13/09 <input type="checkbox"/> 14/09 <input type="checkbox"/> 15/09 <input type="checkbox"/> 16/09 <input type="checkbox"/> 17/09 <input type="checkbox"/> 18/09 <input type="checkbox"/> 19/09 <input type="checkbox"/> 20/09 <input type="checkbox"/> 21/09 <input type="checkbox"/> 22/09 <input type="checkbox"/> 23/09 <input type="checkbox"/> 24/09 <input type="checkbox"/> 25/09 <input type="checkbox"/> 26/09 <input type="checkbox"/> 27/09 <input type="checkbox"/> 28/09 <input type="checkbox"/> 29/09 <input type="checkbox"/> 30/09 <input type="checkbox"/> 31/09 <input type="checkbox"/> 01/10 <input type="checkbox"/> 02/10 <input type="checkbox"/> 03/10 <input type="checkbox"/> 04/10 <input type="checkbox"/> 05/10 <input type="checkbox"/> 06/10 <input type="checkbox"/> 07/10 <input type="checkbox"/> 08/10 <input type="checkbox"/> 09/10 <input type="checkbox"/> 10/10 <input type="checkbox"/> 11/10 <input type="checkbox"/> 12/10 <input type="checkbox"/> 13/10 <input type="checkbox"/> 14/10 <input type="checkbox"/> 15/10 <input type="checkbox"/> 16/10 <input type="checkbox"/> 17/10 <input type="checkbox"/> 18/10 <input type="checkbox"/> 19/10 <input type="checkbox"/> 20/10 <input type="checkbox"/> 21/10 <input type="checkbox"/> 22/10 <input type="checkbox"/> 23/10 <input type="checkbox"/> 24/10 <input type="checkbox"/> 25/10 <input type="checkbox"/> 26/10 <input type="checkbox"/> 27/10 <input type="checkbox"/> 28/10 <input type="checkbox"/> 29/10 <input type="checkbox"/> 30/10 <input type="checkbox"/> 31/10 <input type="checkbox"/> 01/11 <input type="checkbox"/> 02/11 <input type="checkbox"/> 03/11 <input type="checkbox"/> 04/11 <input type="checkbox"/> 05/11 <input type="checkbox"/> 06/11 <input type="checkbox"/> 07/11 <input type="checkbox"/> 08/11 <input type="checkbox"/> 09/11 <input type="checkbox"/> 10/11 <input type="checkbox"/> 11/11 <input type="checkbox"/> 12/11 <input type="checkbox"/> 13/11 <input type="checkbox"/> 14/11 <input type="checkbox"/> 15/11 <input type="checkbox"/> 16/11 <input type="checkbox"/> 17/11 <input type="checkbox"/> 18/11 <input type="checkbox"/> 19/11 <input type="checkbox"/> 20/11 <input type="checkbox"/> 21/11 <input type="checkbox"/> 22/11 <input type="checkbox"/> 23/11 <input type="checkbox"/> 24/11 <input type="checkbox"/> 25/11 <input type="checkbox"/> 26/11 <input type="checkbox"/> 27/11 <input type="checkbox"/> 28/11 <input type="checkbox"/> 29/11 <input type="checkbox"/> 30/11 <input type="checkbox"/> 31/11 <input type="checkbox"/> 01/12 <input type="checkbox"/> 02/12 <input type="checkbox"/> 03/12 <input type="checkbox"/> 04/12 <input type="checkbox"/> 05/12 <input type="checkbox"/> 06/12 <input type="checkbox"/> 07/12 <input type="checkbox"/> 08/12 <input type="checkbox"/> 09/12 <input type="checkbox"/> 10/12 <input type="checkbox"/> 11/12 <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> 13/12 <input type="checkbox"/> 14/12 <input type="checkbox"/> 15/12 <input type="checkbox"/> 16/12 <input type="checkbox"/> 17/12 <input type="checkbox"/> 18/12 <input type="checkbox"/> 19/12 <input type="checkbox"/> 20/12 <input type="checkbox"/> 21/12 <input type="checkbox"/> 22/12 <input type="checkbox"/> 23/12 <input type="checkbox"/> 24/12 <input type="checkbox"/> 25/12 <input type="checkbox"/> 26/12 <input type="checkbox"/> 27/12 <input type="checkbox"/> 28/12 <input type="checkbox"/> 29/12 <input type="checkbox"/> 30/12 <input type="checkbox"/> 31/12 <input type="checkbox"/> 01/01 <input type="checkbox"/> 02/01 <input type="checkbox"/> 03/01 <input type="checkbox"/> 04/01 <input type="checkbox"/> 05/01 <input type="checkbox"/> 06/01 <input type="checkbox"/> 07/01 <input type="checkbox"/> 08/01 <input type="checkbox"/> 09/01 <input type="checkbox"/> 10/01 <input type="checkbox"/> 11/01 <input type="checkbox"/> 12/01 <input type="checkbox"/> 13/01 <input type="checkbox"/> 14/01 <input type="checkbox"/> 15/01 <input type="checkbox"/> 16/01 <input type="checkbox"/> 17/01 <input type="checkbox"/> 18/01 <input type="checkbox"/> 19/01 <input type="checkbox"/> 20/01 <input type="checkbox"/> 21/01 <input type="checkbox"/> 22/01 <input type="checkbox"/> 23/01 <input type="checkbox"/> 24/01 <input type="checkbox"/> 25/01 <input type="checkbox"/> 26/01 <input type="checkbox"/> 27/01 <input type="checkbox"/> 28/01 <input type="checkbox"/> 29/01 <input type="checkbox"/> 30/01 <input type="checkbox"/> 31/01 <input type="checkbox"/> 01/02 <input type="checkbox"/> 02/02 <input type="checkbox"/> 03/02 <input type="checkbox"/> 04/02 <input type="checkbox"/> 05/02 <input type="checkbox"/> 06/02 <input type="checkbox"/> 07/02 <input type="checkbox"/> 08/02 <input type="checkbox"/> 09/02 <input type="checkbox"/> 10/02 <input type="checkbox"/> 11/02 <input type="checkbox"/> 12/02 <input type="checkbox"/> 13/02 <input type="checkbox"/> 14/02 <input type="checkbox"/> 15/02 <input type="checkbox"/> 16/02 <input type="checkbox"/> 17/02 <input type="checkbox"/> 18/02 <input type="checkbox"/> 19/02 <input type="checkbox"/> 20/02 <input type="checkbox"/> 21/02 <input type="checkbox"/> 22/02 <input type="checkbox"/> 23/02 <input type="checkbox"/> 24/02 <input type="checkbox"/> 25/02 <input type="checkbox"/> 26/02 <input type="checkbox"/> 27/02 <input type="checkbox"/> 28/02 <input type="checkbox"/> 29/02 <input type="checkbox"/> 30/02 <input type="checkbox"/> 31/02 <input type="checkbox"/> 01/03 <input type="checkbox"/> 02/03 <input type="checkbox"/> 03/03 <input type="checkbox"/> 04/03 <input type="checkbox"/> 05/03 <input type="checkbox"/> 06/03 <input type="checkbox"/> 07/03 <input type="checkbox"/> 08/03 <input type="checkbox"/> 09/03 <input type="checkbox"/> 10/03 <input type="checkbox"/> 11/03 <input type="checkbox"/> 12/03 <input type="checkbox"/> 13/03 <input type="checkbox"/> 14/03 <input type="checkbox"/> 15/03 <input type="checkbox"/> 16/03 <input type="checkbox"/> 17/03 <input type="checkbox"/> 18/03 <input type="checkbox"/> 19/03 <input type="checkbox"/> 20/03 <input type="checkbox"/> 21/03 <input type="checkbox"/> 22/03 <input type="checkbox"/> 23/03 <input type="checkbox"/> 24/03 <input type="checkbox"/> 25/03 <input type="checkbox"/> 26/03 <input type="checkbox"/> 27/03 <input type="checkbox"/> 28/03 <input type="checkbox"/> 29/03 <input type="checkbox"/> 30/03 <input type="checkbox"/> 31/03 <input type="checkbox"/> 01/04 <input type="checkbox"/> 02/04 <input type="checkbox"/> 03/04 <input type="checkbox"/> 04/04 <input type="checkbox"/> 05/04 <input type="checkbox"/> 06/04 <input type="checkbox"/> 07/04 <input type="checkbox"/> 08/04 <input type="checkbox"/> 09/04 <input type="checkbox"/> 10/04 <input type="checkbox"/> 11/04 <input type="checkbox"/> 12/04 <input type="checkbox"/> 13/04 <input type="checkbox"/> 14/04 <input type="checkbox"/> 15/04 <input type="checkbox"/> 16/04 <input type="checkbox"/> 17/04 <input type="checkbox"/> 18/04 <input type="checkbox"/> 19/04 <input type="checkbox"/> 20/04 <input type="checkbox"/> 21/04 <input type="checkbox"/> 22/04 <input type="checkbox"/> 23/04 <input type="checkbox"/> 24/04 <input type="checkbox"/> 25/04 <input type="checkbox"/> 26/04 <input type="checkbox"/> 27/04 <input type="checkbox"/> 28/04 <input type="checkbox"/> 29/04 <input type="checkbox"/> 30/04 <input type="checkbox"/> 31/04 <input type="checkbox"/> 01/05 <input type="checkbox"/> 02/05 <input type="checkbox"/> 03/05 <input type="checkbox"/> 04/05 <input type="checkbox"/> 05/05 <input type="checkbox"/> 06/05 <input type="checkbox"/> 07/05 <input type="checkbox"/> 08/05 <input type="checkbox"/> 09/05 <input type="checkbox"/> 10/05 <input type="checkbox"/> 11/05 <input type="checkbox"/> 12/05 <input type="checkbox"/> 13/05 <input type="checkbox"/> 14/05 <input type="checkbox"/> 15/05 <input type="checkbox"/> 16/05 <input type="checkbox"/> 17/05 <input type="checkbox"/> 18/05 <input type="checkbox"/> 19/05 <input type="checkbox"/> 20/05 <input type="checkbox"/> 21/05 <input type="checkbox"/> 22/05 <input type="checkbox"/> 23/05 <input type="checkbox"/> 24/05 <input type="checkbox"/> 25/05 <input type="checkbox"/> 26/05 <input type="checkbox"/> 27/05 <input type="checkbox"/> 28/05 <input type="checkbox"/> 29/05 <input type="checkbox"/> 30/05 <input type="checkbox"/> 31/05 <input type="checkbox"/> 01/06 <input type="checkbox"/> 02/06 <input type="checkbox"/> 03/06 <input type="checkbox"/> 04/06 <input type="checkbox"/> 05/06 <input type="checkbox"/> 06/06 <input type="checkbox"/> 07/06 <input type="checkbox"/> 08/06 <input type="checkbox"/> 09/06 <input type="checkbox"/> 10/06 <input type="checkbox"/> 11/06 <input type="checkbox"/> 12/06 <input type="checkbox"/> 13/06 <input type="checkbox"/> 14/06 <input type="checkbox"/> 15/06 <input type="checkbox"/> 16/06 <input type="checkbox"/> 17/06 <input type="checkbox"/> 18/06 <input type="checkbox"/> 19/06 <input type="checkbox"/> 20/06 <input type="checkbox"/> 21/06 <input type="checkbox"/> 22/06 <input type="checkbox"/> 23/06 <input type="checkbox"/> 24/06 <input type="checkbox"/> 25/06 <input type="checkbox"/> 26/06 <input type="checkbox"/> 27/06 <input type="checkbox"/> 28/06 <input type="checkbox"/> 29/06 <input type="checkbox"/> 30/06 <input type="checkbox"/> 31/06 <input type="checkbox"/> 01/07 <input type="checkbox"/> 02/07 <input type="checkbox"/> 03/07 <input type="checkbox"/> 04/07 <input type="checkbox"/> 05/07 <input type="checkbox"/> 06/07 <input type="checkbox"/> 07/07 <input type="checkbox"/> 08/07 <input type="checkbox"/> 09/07 <input type="checkbox"/> 10/07 <input type="checkbox"/> 11/07 <input type="checkbox"/> 12/07 <input type="checkbox"/> 13/07 <input type="checkbox"/> 14/07 <input type="checkbox"/> 15/07 <input type="checkbox"/> 16/07 <input type="checkbox"/> 17/07 <input type="checkbox"/> 18/07 <input type="checkbox"/> 19/07 <input type="checkbox"/> 20/07 <input type="checkbox"/> 21/07 <input type="checkbox"/> 22/07 <input type="checkbox"/> 23/07 <input type="checkbox"/> 24/07 <input type="checkbox"/> 25/07 <input type="checkbox"/> 26/07 <input type="checkbox"/> 27/07 <input type="checkbox"/> 28/07 <input type="checkbox"/> 29/07 <input type="checkbox"/> 30/07 <input type="checkbox"/> 31/07 <input type="checkbox"/> 01/08 <input type="checkbox"/> 02/08 <input type="checkbox"/> 03/08 <input type="checkbox"/> 04/08 <input type="checkbox"/> 05/08 <input type="checkbox"/> 06/08 <input type="checkbox"/> 07/08 <input type="checkbox"/> 08/08 <input type="checkbox"/> 09/08 <input type="checkbox"/> 10/08 <input type="checkbox"/> 11/08 <input type="checkbox"/> 12/08 <input type="checkbox"/> 13/08 <input type="checkbox"/> 14/08 <input type="checkbox"/> 15/08 <input type="checkbox"/> 16/08 <input type="checkbox"/> 17/08 <input type="checkbox"/> 18/08 <input type="checkbox"/> 19/08 <input type="checkbox"/> 20/08 <input type="checkbox"/> 21/08 <input type="checkbox"/> 22/08 <input type="checkbox"/> 23/08 <input type="checkbox"/> 24/08 <input type="checkbox"/> 25/08 <input type="checkbox"/> 26/08 <input type="checkbox"/> 27/08 <input type="checkbox"/> 28/08 <input type="checkbox"/> 29/08 <input type="checkbox"/> 30/08 <input type="checkbox"/> 31/08 <input type="checkbox"/> 01/09 <input type="checkbox"/> 02/09 <input type="checkbox"/> 03/09 <input type="checkbox"/> 04/09 <input type="checkbox"/> 05/09 <input type="checkbox"/> 06/09 <input type="checkbox"/> 07/09 <input type="checkbox"/> 08/09 <input type="checkbox"/> 09/09 <input type="checkbox"/> 10/09 <input type="checkbox"/> 11/09 <input type="checkbox"/> 12/09 <input type="checkbox"/> 13/09 <input type="checkbox"/> 14/09 <input type="checkbox"/> 15/09 <input type="checkbox"/> 16/09 <input type="checkbox"/> 17/09 <input type="checkbox"/> 18/09 <input type="checkbox"/> 19/09 <input type="checkbox"/> 20/09 <input type="checkbox"/> 21/09 <input type="checkbox"/> 22/09 <input type="checkbox"/> 23/09 <input type="checkbox"/> 24/09 <input type="checkbox"/> 25/09 <input type="checkbox"/> 26/09 <input type="checkbox"/> 27/09 <input type="checkbox"/> 28/09 <input type="checkbox"/> 29/09 <input type="checkbox"/> 30/09 <input type="checkbox"/> 31/09 <input type="checkbox"/> 01/10 <input type="checkbox"/> 02/10 <input type="checkbox"/> 03/10 <input type="checkbox"/> 04/10 <input type="checkbox"/> 05/10 <input type="checkbox"/> 06/10 <input type="checkbox"/> 07/10 <input type="checkbox"/> 08/10 <input type="checkbox"/> 09/10 <input type="checkbox"/> 10/10 <input type="checkbox"/> 11/10 <input type="checkbox"/> 12/10 <input type="checkbox"/> 13/10 <input type="checkbox"/> 14/10 <input type="checkbox"/> 15/10 <input type="checkbox"/> 16/10 <input type="checkbox"/> 17/10 <input type="checkbox"/> 18/10 <input type="checkbox"/> 19/10 <input type="checkbox"/> 20/10 <input type="checkbox"/> 21/10 <input type="checkbox"/> 22/10 <input type="checkbox"/> 23/10 <input type="checkbox"/> 24/10 <input type="checkbox"/> 25/10 <input type="checkbox"/> 26/10 <input type="checkbox"/> 27/10 <input type="checkbox"/> 28/10 <input type="checkbox"/> 29/10 <input type="checkbox"/> 30/10 <input type="checkbox"/> 31/10 <input type="checkbox"/> 01/11 <input type="checkbox"/> 02/11 <input type="checkbox"/> 03/11 <input type="checkbox"/> 04/11 <input type="checkbox"/> 05/11 <input type="checkbox"/> 06/11 <input type="checkbox"/> 07/11 <input type="checkbox"/> 08/11 <input type="checkbox"/> 09/11 <input type="checkbox"/> 10/11 <input type="checkbox"/> 11/11 <input type="checkbox"/> 12/11 <input type="checkbox"/> 13/11 <input type="checkbox"/> 14/11 <input type="checkbox"/> 15/11 <input type="checkbox"/> 16/11 <input type="checkbox"/> 17/11 <input type="checkbox"/>	

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



THE PERMISSABLES | DTH | 16/07/2018 | DN | 31/01/1991

PAC-ENTRE REGRAL DO ANDRADE DUARTE

SONOSTI EX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL

PÁGINA: 26 DE 26 | HAS: 208-2 | DATA: 05/06/2019

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1.	1.1. PTA ORAL C/VRE	S/N
2.	IMETOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
3.	DINIROMA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/8H SN	S/N 22
4.	TRAMADOL 100MG + SIF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N 22
5.	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 130 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
6.	339V + CCOC 6/6 H	Alívio/Relevo
7.	TRAMADOL 100MG VO DL 8/8H SN	S/N
8.	CLOFENALICO 40MG VO 1X AO DIA	Q/S
9.	CURATIVO DIÁRIO	Curativos
10.	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	160
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.	DE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 261-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	S/N

Evolução médica:

ENCONTRO PACIENTE DILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIMAS ALÉGIAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, AGL. 14.8 EMA DIETA, Hb 14.0g/dl 76/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE Hb, MAS Hb, NA OCASIÃO O Hb ENCONTRAVA-SI DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO Hb DE 8.1.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIACÓTICO, ANICLÍTICO, AFFBRIL, EUPNEICO, INCOCORRADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVILIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSL.

SINAIS VITais	CONDUTA	Dr. Augusto Cavalcante
6 H PA FC FR		CRM PR 1564
4 H COAGULACAO DE CIRURGIA:		Residente de Ortopedia e
12 F RECUPERAÇÃO ALTA SEM EBLVNAO		Traumatologia
18 H 1/2/4/5/7/1	36,5	
24 H		

THE PAPERS OF W. E. B. DU BOIS
PRESIDENT OF THE NAACP
AND AUTHOR, EDUCATOR, PHILOSOPHER

Relatório de Atualização da Assistência à Paciente - MOCO ALVÓGORIF							
Nome: P:	Sexo: F	Nascimento: 20/08/1988	Idade: 30 Anos				
Motivo: Consulta de rotina para avaliação da condição clínica.							
Local: Hospital Universitário de São Paulo - HU/USP - São Paulo - SP							
Nome do Consultor: Dr. [redacted]	CRM: [redacted]	Pediatra: [redacted]	Contato: [redacted]	Outras - Serviços: [redacted]	Outras - Consultas: [redacted]		
Via de acesso: [redacted]	Capa: [redacted]						
Medicamento prescrito: [redacted]	Dose: [redacted]						
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais exames: [redacted]						
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
SINTOMAS							
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	Exame: [redacted]	
REGULAÇÃO TÉRMICA							
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
SISTEMA CARDIOPULMONAR							
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
SISTEMA URINÁRIO / DÍURESE							
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
SISTEMA RESPIRATÓRIO							
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Principais sintomas: [redacted] - [redacted] - [redacted]	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESSES E PROTESES							
Cateter Peritoneal: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Total: [redacted]	Data: 23/03	Trecores: [redacted]				
Cateter Central: [redacted] - [redacted] - [redacted]	Total: [redacted]	Cada vez realizada em: [redacted]	Trecores: [redacted]				
Medicação/infusão via de pompa: [redacted] - [redacted] - [redacted]	[redacted]						
Entomologia: [redacted] - [redacted] - [redacted]	[redacted]						
Oncoterapêutico: [redacted] - [redacted] - [redacted]							
Vacina: Vacinal: [redacted] - [redacted] - [redacted]							
Terapias: [redacted] - [redacted] - [redacted]							
CONTROLE DE SUFERMAIS							
1) Dano à Pele/Frictionul:	1) Padre respiratório: [redacted]	1) Risco de lesão por pressão:					
2) Risco de infecção:	2) Ventilação espontânea/prescrita:	2) Risco de quedas:					
3) Risco de náuseas-vômitos:	3) Morbilidade/lite prevenível:	3) Risco de broncoaspiração:					
4) Risco de glicemia instável:	4) Risco de integridade da pele prejudicado:	4) Eliminação urinária prevenível:					
5) Risco de desequilíbrio hidrolétrico:	5) Risco de morsugação e na temperatura corporal:	5) Risco de constipação:					
6) Risco de fadiga/exaustão:	6) Risco de fadiga:	6) Comunicação deficiente:					
7) Risco de perda de consciente:	7) Risco de cetoacidose:						
8) Risco de lesões de fôlego:	8) Risco de hipoxia:						
Escala de Núcleo							
1. Núcleo de Cuidado	4. Núcleo Enfermagem/Equipe de Suporte						
2. 0	5. 0	0					
3. 25	50	25					
4. 50	50	50					
5. 75	75	75					
6. 100	100	100					
7. 125	125	125					
8. 150	150	150					
9. 175	175	175					
10. 200	200	200					
11. 225	225	225					
12. 250	250	250					
13. 275	275	275					
14. 300	300	300					
15. 325	325	325					
16. 350	350	350					
17. 375	375	375					
18. 400	400	400					
19. 425	425	425					
20. 450	450	450					
21. 475	475	475					
22. 500	500	500					
23. 525	525	525					
24. 550	550	550					
25. 575	575	575					
26. 600	600	600					
27. 625	625	625					
28. 650	650	650					
29. 675	675	675					
30. 700	700	700					
31. 725	725	725					
32. 750	750	750					
33. 775	775	775					
34. 800	800	800					
35. 825	825	825					
36. 850	850	850					
37. 875	875	875					
38. 900	900	900					
39. 925	925	925					
40. 950	950	950					
41. 975	975	975					
42. 1000	1000	1000					
43. 1025	1025	1025					
44. 1050	1050	1050					
45. 1075	1075	1075					
46. 1100	1100	1100					
47. 1125	1125	1125					
48. 1150	1150	1150					
49. 1175	1175	1175					
50. 1200	1200	1200					
51. 1225	1225	1225					
52. 1250	1250	1250					
53. 1275	1275	1275					
54. 1300	1300	1300					
55. 1325	1325	1325					
56. 1350	1350	1350					
57. 1375	1375	1375					
58. 1400	1400	1400					
59. 1425	1425	1425					
60. 1450	1450	1450					
61. 1475	1475	1475					
62. 1500	1500	1500					
63. 1525	1525	1525					
64. 1550	1550	1550					
65. 1575	1575	1575					
66. 1600	1600	1600					
67. 1625	1625	1625					
68. 1650	1650	1650					
69. 1675	1675	1675					
70. 1700	1700	1700					
71. 1725	1725	1725					
72. 1750	1750	1750					
73. 1775	1775	1775					
74. 1800	1800	1800					
75. 1825	1825	1825					
76. 1850	1850	1850					
77. 1875	1875	1875					
78. 1900	1900	1900					
79. 1925	1925	1925					
80. 1950	1950	1950					
81. 1975	1975	1975					
82. 2000	2000	2000					
83. 2025	2025	2025					
84. 2050	2050	2050					
85. 2075	2075	2075					
86. 2100	2100	2100					
87. 2125	2125	2125					
88. 2150	2150	2150					
89. 2175	2175	2175					
90. 2200	2200	2200					
91. 2225	2225	2225					
92. 2250	2250	2250					
93. 2275	2275	2275					
94. 2300	2300	2300					
95. 2325	2325	2325					
96. 2350	2350	2350					
97. 2375	2375	2375					
98. 2400	2400	2400					
99. 2425	2425	2425					
100. 2450	2450	2450					
101. 2475	2475	2475					
102. 2500	2500	2500					
103. 2525	2525	2525					
104. 2550	2550	2550					
105. 2575	2575	2575					
106. 2600	2600	2600					
107. 2625	2625	2625					
108. 2650	2650	2650					
109. 2675	2675	2675					
110. 2700	2700	2700					
111. 2725	2725	2725					
112. 2750	2750	2750					
113. 2775	2775	2775					
114. 2800	2800	2800					
115. 2825	2825	2825					
116. 2850	2850	2850					
117. 2875	2875	2875					
118. 2900	2900	2900					
119. 2925	2925	2925					
120. 2950	2950	2950					
121. 2975	2975	2975					
122. 3000	3000	3000					
123. 3025	3025	3025					
124. 3050	3050	3050					
125. 3075	3075	3075					
126. 3100	3100	3100					
127. 3125	3125	3125					
128. 3150	3150	3150					
129. 3175	3175	3175					
130. 3200	3200	3200					
131. 3225	3225	3225					
132. 3250	3250	3250					
133. 3275	3275	3275					
134. 3300	3300	3300					
135. 3325	3325	3325					
136. 3350	3350	3350					
137. 3375	3375	3375					
138. 3400	3400	3400					
139. 3425	3425	3425					
140. 3450	3450	3450					
141. 3475	3475	3475					
142. 3500	3500	3500					
143. 3525	3525	3525					
144. 3550	3550	3550					
145. 3575	3575	3575					
146. 3600	3600	3600					
147. 3625	3625	3625					
148. 3650	3650	3650					
149. 3675	3675	3675					
150. 3700	3700	3700					
151. 3725	3725	3725					
152. 3750	3750	3750					
153. 3775	3775	3775					
154. 3800	3800	3800					
155. 3825	3825	3825					
156. 3850	3850	3850					
157. 3875	3875	3875					
158. 3900	3900	3900					
159. 3925	3925	3925					
160. 3950	3950	3950					
161. 3975	3975	3975					
162. 4000	4000	4000					
163. 4025	4025	4025					
164. 4050	4050	4050					
165. 4075	4075	4075					
166. 4100	4100	4100					
167. 4125	4125	4125					
168. 4150	4150	4150					
169. 4175	4175	4175					
170. 4200	4200	4200					
171. 4225	4225	4225					
172. 4250	4250	4250					
173. 4275	4275	4275					
174. 4300	4300	4300					
175. 4325	4325	4325					
176. 4350	4350	4350					
177. 4375	4375	4375					
178. 4400	4400	4400					
179. 4425	4425	4425					
180. 4450	4450	4450					
181. 4475	4475	4475					
182. 4500	4500	4500					
183. 4525	4525	4525					
184. 4550	4550	4550					
185. 4575	4575	4575					
186. 4600	4600	4600					
187. 4625	4625	4625					
188. 4650	4650	4650					
189. 4675	4675	4675					
190. 4700	4700	4700					
191. 4725	4725	4725					
192. 4750	4750	4750					
193. 4775	4775	4775					

[View Details](#)

FICHA DE ANESTESIA

Reynaldo A. Mace FICHA DE ANE

5.8.2018 10:27 11/28 - 11/29 - 4FF-TO

6/8/18

The figure consists of two panels of a geological map. The top panel shows a grid of vertical and horizontal lines, with labels such as 'N 20° E', 'S 20° E', 'E 20° S', and 'W 20° S'. The bottom panel shows a more complex grid with various symbols and labels, including 'N 20° E', 'S 20° E', 'E 20° S', and 'W 20° S'. The maps also include various geological features and labels.

Days end & will's fed

~~General~~ ~~for~~ ~~the~~ ~~U.S.~~ ~~Army~~ ~~and~~ ~~the~~ ~~U.S.~~ ~~Marine~~ ~~Corps~~

b ————— *c* ————— *d* ————— *e* ————— *f* ————— *g* ————— *h* ————— *i* ————— *j* ————— *k* ————— *l* ————— *m* ————— *n* ————— *o* ————— *p* ————— *q* ————— *r* ————— *s* ————— *t* ————— *u* ————— *v* ————— *w* ————— *x* ————— *y* ————— *z* —————

— 1 —

John Allen

*George Washington and
the American Revolution*

Black Friday

Dr. Prince, V. L.

卷之三

SAEP - SISTEMA DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATORÍA

Name: Karen Grade: 5

Termo de Convenção entre Sínpa: () Sim () Não

DÀUCUS PARÉ-GARATÓRIO

INTRODUCERÖR

SHIVA

Date: 06/05/13

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

208-2

PREScriçãO MÉDICA		DIH	DN
PACIENTE	DATA DE NOVA SAÚDE	Anfandos	
AGONOSIA		POS	NEGA
ALERGIA		POSO	DM?
IDADE			DATA
ITEM	PREScriçãO	FORNÍRIO	
1	DETA ORN CVR	Mentor	
2	ACLISO VENOSO PERIFERICO	C 12	
3	INJ. 0,5 G SODIUM EV 50ML	200	
4	LITOFONIA SODIUM FV 60G	200	
5	OMOPRAZO 40MG LV X 30A	200	
6	TRAMAL 100MG + UFI 0,6% 100ML EV DE 8/81 SE DUR INTENSA	200	
7	MALQUINA 10 MG + 100ML UFI 1,8% CASO NÃO TENHA O ITEM	200	
8	SIMETICONA 40 GOTAS VO DL 8/81	200	
9	CETOTOL CPAMIDA 10MG EV 8/81 S/N	200 10-18	
10	CLINDAMICINA 60MG EV 8/81	200 10-10	
11	CLIPSI TOLVANO 40MG EV 8/81-12h	200 10-10	
12			
13			
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SF FAS > 160 F OUT PAD > 110 MMHC		
17	BBM + CCG 600 U		
18	CURA 100 URG 0		
19			
20			
21			
SP. JABÉUDO: CORRIDA COM INSULINA 5-GULAH (90), CONFORME ESCUTMA: 500-7/0, 200-251-300, 400-321-350, 600-341-400, 1000-400-1000, 1500-500-500 2000-700, 2500-2500, 3000-3000, 4000-4000, 5000-5000, 6000-6000, 7000-7000, 8000-8000, 9000-9000, 10000-10000, 11000-11000, 12000-12000, 13000-13000, 14000-14000, 15000-15000, 16000-16000, 17000-17000, 18000-18000, 19000-19000, 20000-20000, 21000-21000, 22000-22000, 23000-23000, 24000-24000, 25000-25000, 26000-26000, 27000-27000, 28000-28000, 29000-29000, 30000-30000, 31000-31000, 32000-32000, 33000-33000, 34000-34000, 35000-35000, 36000-36000, 37000-37000, 38000-38000, 39000-39000, 40000-40000, 41000-41000, 42000-42000, 43000-43000, 44000-44000, 45000-45000, 46000-46000, 47000-47000, 48000-48000, 49000-49000, 50000-50000, 51000-51000, 52000-52000, 53000-53000, 54000-54000, 55000-55000, 56000-56000, 57000-57000, 58000-58000, 59000-59000, 60000-60000, 61000-61000, 62000-62000, 63000-63000, 64000-64000, 65000-65000, 66000-66000, 67000-67000, 68000-68000, 69000-69000, 70000-70000, 71000-71000, 72000-72000, 73000-73000, 74000-74000, 75000-75000, 76000-76000, 77000-77000, 78000-78000, 79000-79000, 80000-80000, 81000-81000, 82000-82000, 83000-83000, 84000-84000, 85000-85000, 86000-86000, 87000-87000, 88000-88000, 89000-89000, 90000-90000, 91000-91000, 92000-92000, 93000-93000, 94000-94000, 95000-95000, 96000-96000, 97000-97000, 98000-98000, 99000-99000, 100000-100000, 101000-101000, 102000-102000, 103000-103000, 104000-104000, 105000-105000, 106000-106000, 107000-107000, 108000-108000, 109000-109000, 110000-110000, 111000-111000, 112000-112000, 113000-113000, 114000-114000, 115000-115000, 116000-116000, 117000-117000, 118000-118000, 119000-119000, 120000-120000, 121000-121000, 122000-122000, 123000-123000, 124000-124000, 125000-125000, 126000-126000, 127000-127000, 128000-128000, 129000-129000, 130000-130000, 131000-131000, 132000-132000, 133000-133000, 134000-134000, 135000-135000, 136000-136000, 137000-137000, 138000-138000, 139000-139000, 140000-140000, 141000-141000, 142000-142000, 143000-143000, 144000-144000, 145000-145000, 146000-146000, 147000-147000, 148000-148000, 149000-149000, 150000-150000, 151000-151000, 152000-152000, 153000-153000, 154000-154000, 155000-155000, 156000-156000, 157000-157000, 158000-158000, 159000-159000, 160000-160000, 161000-161000, 162000-162000, 163000-163000, 164000-164000, 165000-165000, 166000-166000, 167000-167000, 168000-168000, 169000-169000, 170000-170000, 171000-171000, 172000-172000, 173000-173000, 174000-174000, 175000-175000, 176000-176000, 177000-177000, 178000-178000, 179000-179000, 180000-180000, 181000-181000, 182000-182000, 183000-183000, 184000-184000, 185000-185000, 186000-186000, 187000-187000, 188000-188000, 189000-189000, 190000-190000, 191000-191000, 192000-192000, 193000-193000, 194000-194000, 195000-195000, 196000-196000, 197000-197000, 198000-198000, 199000-199000, 200000-200000, 201000-201000, 202000-202000, 203000-203000, 204000-204000, 205000-205000, 206000-206000, 207000-207000, 208000-208000, 209000-209000, 210000-210000, 211000-211000, 212000-212000, 213000-213000, 214000-214000, 215000-215000, 216000-216000, 217000-217000, 218000-218000, 219000-219000, 220000-220000, 221000-221000, 222000-222000, 223000-223000, 224000-224000, 225000-225000, 226000-226000, 227000-227000, 228000-228000, 229000-229000, 230000-230000, 231000-231000, 232000-232000, 233000-233000, 234000-234000, 235000-235000, 236000-236000, 237000-237000, 238000-238000, 239000-239000, 240000-240000, 241000-241000, 242000-242000, 243000-243000, 244000-244000, 245000-245000, 246000-246000, 247000-247000, 248000-248000, 249000-249000, 250000-250000, 251000-251000, 252000-252000, 253000-253000, 254000-254000, 255000-255000, 256000-256000, 257000-257000, 258000-258000, 259000-259000, 260000-260000, 261000-261000, 262000-262000, 263000-263000, 264000-264000, 265000-265000, 266000-266000, 267000-267000, 268000-268000, 269000-269000, 270000-270000, 271000-271000, 272000-272000, 273000-273000, 274000-274000, 275000-275000, 276000-276000, 277000-277000, 278000-278000, 279000-279000, 280000-280000, 281000-281000, 282000-282000, 283000-283000, 284000-284000, 285000-285000, 286000-286000, 287000-287000, 288000-288000, 289000-289000, 290000-290000, 291000-291000, 292000-292000, 293000-293000, 294000-294000, 295000-295000, 296000-296000, 297000-297000, 298000-298000, 299000-299000, 300000-300000, 301000-301000, 302000-302000, 303000-303000, 304000-304000, 305000-305000, 306000-306000, 307000-307000, 308000-308000, 309000-309000, 310000-310000, 311000-311000, 312000-312000, 313000-313000, 314000-314000, 315000-315000, 316000-316000, 317000-317000, 318000-318000, 319000-319000, 320000-320000, 321000-321000, 322000-322000, 323000-323000, 324000-324000, 325000-325000, 326000-326000, 327000-327000, 328000-328000, 329000-329000, 330000-330000, 331000-331000, 332000-332000, 333000-333000, 334000-334000, 335000-335000, 336000-336000, 337000-337000, 338000-338000, 339000-339000, 340000-340000, 341000-341000, 342000-342000, 343000-343000, 344000-344000, 345000-345000, 346000-346000, 347000-347000, 348000-348000, 349000-349000, 350000-350000, 351000-351000, 352000-352000, 353000-353000, 354000-354000, 355000-355000, 356000-356000, 357000-357000, 358000-358000, 359000-359000, 360000-360000, 361000-361000, 362000-362000, 363000-363000, 364000-364000, 365000-365000, 366000-366000, 367000-367000, 368000-368000, 369000-369000, 370000-370000, 371000-371000, 372000-372000, 373000-373000, 374000-374000, 375000-375000, 376000-376000, 377000-377000, 378000-378000, 379000-379000, 380000-380000, 381000-381000, 382000-382000, 383000-383000, 384000-384000, 385000-385000, 386000-386000, 387000-387000, 388000-388000, 389000-389000, 390000-390000, 391000-391000, 392000-392000, 393000-393000, 394000-394000, 395000-395000, 396000-396000, 397000-397000, 398000-398000, 399000-399000, 400000-400000, 401000-401000, 402000-402000, 403000-403000, 404000-404000, 405000-405000, 406000-406000, 407000-407000, 408000-408000, 409000-409000, 410000-410000, 411000-411000, 412000-412000, 413000-413000, 414000-414000, 415000-415000, 416000-416000, 417000-417000, 418000-418000, 419000-419000, 420000-420000, 421000-421000, 422000-422000, 423000-423000, 424000-424000, 425000-425000, 426000-426000, 427000-427000, 428000-428000, 429000-429000, 430000-430000, 431000-431000, 432000-432000, 433000-433000, 434000-434000, 435000-435000, 436000-436000, 437000-437000, 438000-438000, 439000-439000, 440000-440000, 441000-441000, 442000-442000, 443000-443000, 444000-444000, 445000-445000, 446000-446000, 447000-447000, 448000-448000, 449000-449000, 450000-450000, 451000-451000, 452000-452000, 453000-453000, 454000-454000, 455000-455000, 456000-456000, 457000-457000, 458000-458000, 459000-459000, 460000-460000, 461000-461000, 462000-462000, 463000-463000, 464000-464000, 465000-465000, 466000-466000, 467000-467000, 468000-468000, 469000-469000, 470000-470000, 471000-471000, 472000-472000, 473000-473000, 474000-474000, 475000-475000, 476000-476000, 477000-477000, 478000-478000, 479000-479000, 480000-480000, 481000-481000, 482000-482000, 483000-483000, 484000-484000, 485000-485000, 486000-486000, 487000-487000, 488000-488000, 489000-489000, 490000-490000, 491000-491000, 492000-492000, 493000-493000, 494000-494000, 495000-495000, 496000-496000, 497000-497000, 498000-498000, 499000-499000, 500000-500000, 501000-501000, 502000-502000, 503000-503000, 504000-504000, 505000-505000, 506000-506000, 507000-507000, 508000-508000, 509000-509000, 510000-510000, 511000-511000, 512000-512000, 513000-513000, 514000-514000, 515000-515000, 516000-516000, 517000-517000, 518000-518000, 519000-519000, 520000-520000, 521000-521000, 522000-522000, 523000-523000, 524000-524000, 525000-525000, 526000-526000, 527000-527000, 528000-528000, 529000-529000, 530000-530000, 531000-531000, 532000-532000, 533000-533000, 534000-534000, 535000-535000, 536000-536000, 537000-537000, 538000-538000, 539000-539000, 540000-540000, 541000-541000, 542000-542000, 543000-543000, 544000-544000, 545000-545000, 546000-546000, 547000-547000, 548000-548000, 549000-549000, 550000-550000, 551000-551000, 552000-552000, 553000-553000, 554000-554000, 555000-555000, 556000-556000, 557000-557000, 558000-558000, 559000-559000, 560000-560000, 561000-561000, 562000-562000, 563000-563000, 564000-564000, 565000-565000, 566000-566000, 567000-567000, 568000-568000, 569000-569000, 570000-570000, 571000-571000, 572000-572000, 573000-573000, 574000-574000, 575000-575000, 576000-576000, 577000-577000, 578000-578000, 579000-579000, 580000-580000, 581000-581000, 582000-582000, 583000-583000, 584000-584000, 585000-585000, 586000-586000, 587000-587000, 588000-588000, 589000-589000, 590000-590000, 591000-591000, 592000-592000, 593000-593000, 594000-594000, 595000-595000, 596000-596000, 597000-597000, 598000-598000, 599000-599000, 600000-600000, 601000-601000, 602000-602000, 603000-603000, 604000-604000, 605000-605000, 606000-606000, 607000-607000, 608000-608000, 609000-609000, 610000-610000, 611000-611000, 612000-612000, 613000-613000, 614000-614000, 615000-615000, 616000-616000, 617000-617000, 618000-618000, 619000-619000, 620000-620000, 621000-621000, 622000-622000, 623000-623000, 624000-624000, 625000-625000, 626000-626000, 627000-627000, 628000-628000, 629000-629000, 630000-630000, 631000-631000, 632000-632000, 633000-633000, 634000-634000, 635000-635000, 636000-636000, 637000-637000, 638000-638000, 639000-639000, 640000-640000, 641000-641000, 642000-642000, 643000-643000, 644000-644000, 645000-645000, 646000-646000, 647000-647000, 648000-648000, 649000-649000, 650000-650000, 651000-651000, 652000-652000, 653000-653000, 654000-654000, 655000-655000, 656000-656000, 657000-657000, 658000-658000, 659000-659000, 660000-660000, 661000-661000, 662000-662000, 663000-663000, 664000-664000, 665000-665000, 666000-666000, 667000-667000, 668000-668000, 669000-669000, 670000-670000, 671000-671000, 672000-672000, 673000-673000, 674000-674000, 675000-675000, 676000-676000, 677000-677000, 678000-678000, 679000-679000, 680000-680000, 681000-681000, 682000-682000, 683000-683000, 684000-684000, 685000-685000, 686000-686000, 687000-687000, 688000-688000, 689000-689000, 690000-690000, 691000-691000, 692000-692000, 693000-693000, 694000-694000, 695000-695000, 696000-696000, 697000-697000, 698000-698000, 699000-699000, 700000-700000, 701000-701000, 702000-702000, 703000-703000, 704000-704000, 705000-705000, 706000-706000, 707000-707000, 708000-708000, 709000-709000, 710000-710000, 711000-711000, 712000-712000, 713000-713000, 714000-714000, 715000-715000, 716000-716000, 717000-717000, 718000-718000, 719000-719000, 720000-720000, 721000-721000, 722000-722000, 723000-723000, 724000-724000, 725000-725000, 726000-726000, 727000-727000, 728000-728000, 729000-729000, 730000-730000, 731000-731000, 732000-732000, 733000-733000, 734000-734000, 735000-735000, 736000-736000, 737000-737000, 738000-738000, 739000-739000, 740000-740000, 741000-741000, 742000-742000, 743000-743000, 744000-744000, 745000-745000, 746000-746000, 747000-747000, 748000-748000, 749000-749000, 750000-750000, 751000-751000, 752000-752000, 753000-753000, 754000-754000, 755000-755000, 756000-756000, 757000-757000, 758000-758000, 759000-759000, 760000-760000, 761000-761000, 762000-762000, 763000-763000, 764000-7			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITais						
6 H	PA	—	FC	—	FR	—
12 H	—	+	—	—	—	—
18 H	—	+	—	—	—	—
24 H	120	42	78	—	—	259

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

24 H 100 x 100 cm
Fischer passierte wieder die ersten Orte der neuen Route und sah zwei ausgedehnte Tropenwälder. Auf dem Lande waren die Bäume sehr klein.
18.12. fand Schröder die ersten Bäume wieder, "ausgestorben".
Von hier an ist es fast endlos nach tropischen Wäldern, "ausgestorben".
Föh. Da

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

2002

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	10/01/1991
PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE					
AGONOSTI FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D					
ALERGIAS		HAB	SIM	DW2	
IADE	28	LEITO	208-2	DATA	07/08/2019
ITEM		PREScriÇÃO			HORÁRIO
1		COLTA ORAL VZRO, CIRURGIA HJ A TARDE			SN
7		METOCLORFAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SAU
8		DIPIRONA 600MG EV OU 45 GOTAS VO DE SRH SN			SN
9		TRAMAL 100MG + SFU, 5% 100ML PV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SN
10		CAP. OPIAL 35 mg VO SE PAS > 150 F OU PAD > 110 MMHG			SN
11		SSAVV + CCBG 5/8 H			AM 20/07
12		TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN			SN
13		OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			OC
15		CURATIVO DIÁRIO			Curativo
16		CLEXINE 40MG SC 1X AO DIA			SC/T
17					
18					
19					
20					
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (30), CONFORME ESQUEMA: 200-250, 2UI; 251-300, 4UI; 301-350, 6UI; 351-400, 8UI; 400, 10 UI E QUANDO GLICOSE < 70 UI/ML GLICOSE 60% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA

#ENCONTRO PACIENTE: DILATADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUÍXIAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. OIA: DIA 29/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIA, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO: HB DE 8.1

#EXAME FÍSICO: PEC, EDÉMIÓTICO, ANESTÉSICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCOPADO, HIDRATADO, PULSOS PFRIFRÍCIOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE ILOGCSE . DIA 6/8/18 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRACÃO TRANSSTIBIAL

~~SINTESIAIS CONDUITA~~

Dr. Augusto Cuvelante
CRM RR 1064
Resident, da Ortopedia e
Traumatologia

Dr. Augusto Cuvelante
CRM: 88-1964
Residente em Ortopedia e
Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRÉ-OPERATÓRIA MÉDICA



DATAS DE ADMISSÃO | 01/01/1991 | 19/07/2019 | DN | 01/01/1991

BANDEIRANTE MIGALHO ANDRADE DUARTE

ESTE EXEMPLO DE FIGURA DIGITAL SÓ

ALÉRGICAS	HAB	SINT	DMZ	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	LUCIA VARGAS PRO. CIRURGIA HJ A TARDE			SU
2	IMETOCI D'RAMIDA 10MG EV 8/8H SIN			SU
3	DIFERONIA SULAG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN			SU
4	TRAMAL 100MG + SFC 9% 10ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SU
5	CAPTOPRI 25mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MWHG			SU
6	SSVY + CGGG 6/6 H			Aplicar 71 Reação
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN			SU
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA			an
9	CURATIVO DIÁRIO			Fazendo
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA			10/08
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI <u>E OU</u> GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE ≥ 240 MIL LV - AVISAR PLANTONISTA			
				SU
				18:00
				M-2

EVOLUCIÓN NERVIOSA

ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUAIKAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/11 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ERA 9,7 E AUMENTOU-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DF 8,1

A EXAME FÍSICO - BENO. ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUFENÉTICO, HIPODCORADO, HIDRATADO, PLASOS PERIFLÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE ELOCOSSE . DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIRAI

SITUAIS-VITais A COMPLETA				
S.H	PA	FC	FR	T
12H	MACAO DE CARVALHO			
13H	JOAQUIM ALMEIDA SAM PREVISAO			
13H	102/69	02	22	36.7
24H	11436	43		36.0

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1904
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

$\text{P} = 16$ kg m^2 N^{-1} m^{-1}

Obs. Refinería de óleo en MI (P) France
+ una planta grande realizada

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO | DIR | 19/07/2019 | DN | 01/01/1991

PACIENTE: JERALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO EXPOSTO DE FEMUR INSTAL D

ALÉRGIA:	TIAS	SIM	DMZ		
IDADE:	28	LEITO	208-2	DATA:	09/08/2019
1.	PREScrição				
2.	1. CL. A CURA, 1x00, CIRURGIA RJ A TARDIE				
3.	2. 1x00 CORTARADA 10MG EV B/H S/N				
4.	3. CIPR. 500MG VO 1X 20 GOTAS VO DE B/H S/N				
5.	4. TRAMAL 100MG + SFR 5% 100ML CV DE B/H SF DOR INTENSA				
6.	5. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 140 MM/HG				
7.	6. ISSV 3 COCG 3IG H				
8.	7. TRAMAL 100MG VO 2E B/H S/N				
9.	10. CIPR. 400MG VO 1X AO DIA				
11.	11. LURATIVO DIARIO				
12.	13. CIPRANE 40MG VO 1X AO DIA				
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.	21. DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESCALADA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E GLUCOSE = 70 DM/ML, GLUCOSI 50% 40 ML, EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENCONTRADO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM
QUEBRA ARÍCAIS, HUMORES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA RUM A DIETIA. DIA DIA
26/7/19 REQUERENDO TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB
UNICONTRAVA-SF DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1
ESTADO FÍSICO: BEG, ACINÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, FUPNFICO, HIPOOCORADO,
HIDRATADO, PULSOS PLURIPIKOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO: #CONDUTA:

SOLICITADO:				CONDUTA:	
EXAMES:				Dr. Augusto Cavalcante	
1. FES-AH 100-174	SCM 114	SCM 114	SCM 114	CRM 181964	
12 H	32.2-36	3.5	18	36.3%	
18 H	32.2-36	3.5	18	35.8%	Residência de Ortopedia e Traumatologia
24 H					

10/08/2019 - AD. JACOBINO
Med. adm. ouv. no 5501
C.P. 19.

Nome: Dr. Augusto Cavalcante

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

五
六

Tratamento de Feridas -

Protocolo nº 1

Elaborada: 02/20



HOSPITAL GERAL DO RORAIMA

208-2

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA 01/08/19

PACIENTE: Reginaldo porto de Souza DN: 11191
DIAGNÓSTICO(N): gordura na testa e no peito

DATA 01/08/19

KANBAM:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /)

Lúp.	Seg.	Hb	Ht	Uro.	Cr.
Na:	K:	Cl:	Plaquetas:		
UO:	PH:	BL:	FDP:	PCO ₂ :	
RAS:					
Ca. Líquido:					

IMAGEM _____

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / /)

Lúp.	Seg.	Hb	Ht	Uro.	Cr.
Na:	K:	Cl:	Plaquetas:	Na:	K:
CO ₂ :	PH:	BL:	FDP:	PCO ₂ :	
RAS:					
IMAGEM:					

ANTIBIÓTICO USADO _____

JUSTIFICATIVA DE ANTIABIÓTICO: _____

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTITUÍDA: _____

Sindomycin Polvo com cimento
e amamentação dia

20/08/19

EVOLUÇÃO CLÍNICA: _____

MelhorUso Estabilizou

Sob Vista: 9 de Agosto de 2019 Hora _____

CRM: _____

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

Assinatura/carimbo do Médico Regulador CRM: _____

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



208-2

DATA DA ADMISSÃO | DIH | 18/07/2019 | DN | 01/01/1991

PACIENTE: RICARDO ANDRADE D'ARTE

AGNOSTICO: FRACTURA DE FEMUR DISTAL ID

IDADE: 28 | SEXO: HAS | SÍM: DM2 | DATA: 10/08/2019 | HORARIO:

ITEM PRESCRIÇÃO

1	TRAMAL 200MG CIRURGIA HJ A TARDE	1 dia	desde livre
2	TRAMAL 200MG SEMANA 10MG EV 8/8H 8/8H SN	SN	15.00
3	TRAMAL 50MG EV 0/4 GOTAS VO DE 6/8H SN	SN	15.00
4	TRAMAL 100MG + SF0.0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN	
5	CAPROPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG	SN	
6	GRANUCCOG 6/0H	10/08/2019	08
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	10/08/2019	08
8	CLONDRAZIL 40MG VO 1X AO DIA	10/08/2019	08
9	ICATILO 0.050	Ringer	
10	CLOXAHE 40MG VO 1X AO DIA	10/08/2019	08
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REQUERIDA (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300. 4UI; 301-350 6UI.
 351-400. 8UI; > 400: 10 UI E QUADRISE 50 ULM/L. GLUCOSA
 < 100 ML/LV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DICTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACERCA BEM A DILTA. DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 Hb DO DIA 7/8 : 10,1 g/dL. PESO: 65 KG, B-H, ACIDÓTICO, ANICRÍTICO, AFFBRIL LUPHÉICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO: #CONDUTA:

SÍNTESE DE DADOS ORTOPÉDICA:				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1564 Residente de Ortopedia e Traumatologia
DATA	PA	FC	FR	
6 H	PA	68	—	35.8°C
12 H	PA	68	—	35.8°C
18 H	PA	69	—	35.8°C
24 H	PA	74	—	35.0

Dr. Jonathas C. Coqueiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1559 PCT 1477

Ex: colo vermelho BNP.

61:00 h

PA: 157 x 81 mmHg

FC: 73 bpm

TMP: 36.5

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em:

Protocolo n° 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

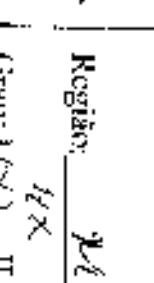
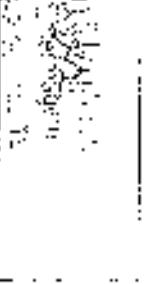
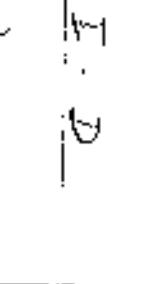
Tratamento de Feridas –

HGR

Paciente: Ricardo

Leito: 208 - 2

Data: 10/10/2018

Localização  Região: <u>M - L - P</u>	Localização  Região: <u>L - M - P</u>
Etiologia <input checked="" type="checkbox"/> () PPI / IPI / IV <input type="checkbox"/> () Trauma <input type="checkbox"/> () Queimadura <input type="checkbox"/> () Chirurgia <input type="checkbox"/> () DM <input type="checkbox"/> () Vascular <input type="checkbox"/> () Lesão / Lesão Externa <input type="checkbox"/> () Ortopedia <input type="checkbox"/> () Outro:	Localização  Região: <u>M - L - P</u>
Aparência do tecido <input checked="" type="checkbox"/> () Normal <input type="checkbox"/> () Macerado <input type="checkbox"/> () Isca <input type="checkbox"/> () Mucinosa / Rubor <input type="checkbox"/> () Óscio <input type="checkbox"/> () Outro:	Localização  Região: <u>L - M - P</u>
Tipo de Evsudato <input checked="" type="checkbox"/> () Purulento <input type="checkbox"/> () Seroso <input type="checkbox"/> () Sangueiroento <input type="checkbox"/> () Seroessanguíneo <input type="checkbox"/> () Seco <input type="checkbox"/> () Outro:	Localização  Região: <u>M - L - P</u>
Quantidade de Esudato <input checked="" type="checkbox"/> () Molhado <input type="checkbox"/> () Umido <input type="checkbox"/> () Seco <input type="checkbox"/> () Salvo de Líquido de Limpeza	Localização  Região: <u>L - M - P</u>
Cobertura cutânea <input checked="" type="checkbox"/> () Gaze <input type="checkbox"/> () Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> () Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> () Hidrogel <input type="checkbox"/> () Outro:	Localização  Região: <u>M - L - P</u>
Proteção <input type="checkbox"/> () Nenhuma <input type="checkbox"/> () Algodão <input type="checkbox"/> () Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> () Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> () Álcool 70% <input type="checkbox"/> () Gaze <input type="checkbox"/> () Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> () Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> () Hidrogel <input type="checkbox"/> () Outro:	Localização  Região: <u>L - M - P</u>
Profissional que realizou o procedimento <input type="checkbox"/> () Enfermeira <input type="checkbox"/> () Enfermeiro <input type="checkbox"/> () Técnico de enfermagem	Assinatura: 

208-2

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



DATA DE ADMISSÃO | DIH | 19/07/2019 | DN | 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE QUARTE

AGNOST: EX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

EDADE	RAZ	HAB	SIM	DMZ	
28	LEITO	208-2			DATA
					11/08/2019

ITEM	PREScrição	HORARIO
1	DIETA CRIA- LIVRE	5h
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	20/15
4	TRAMAL 100MG + 3% 100ML EV DE 8/8H DE DOR INTENSA	
5	CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
6	SSVW - OOGS 8/8 H	
7	UNAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N	5/5
8	CHEFIRACOL 40MG VO 1X AO DIA	0/0
9	CURATIVO DIARIO	h
10	CREXAV 40MG SC IX AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21	SE DIABÉTICO CORRÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONCENTRAÇÃO DE GLICEMA: 200-250: 20U; 261-300: 40U; 301-350: 60U; 351-400: 80U; >400: 10 U E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REGULARIZOU PACIENTE OUTADO NO LEITO, ATIVO, RFAVIVO, CONTACTANTE, COM
QUEIXAS ALÉGIAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA.
26/7/19 REGISTRA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB
ENCONTRAVA-SE DE 5.7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 1/8: 10.1
EXAME FÍSICO: BEG. ACIDÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNEICO, HIFOCOPRADO,
HUMIDIFICADO, FLUXOS PRIFERICOS PAPAVÉIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

E SOLICITADO: # CONDUITA.

Dr. Augusto Cavalcante
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

APROXIMAÇÃO-BE-CIRURGIA			
DATA	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H	161 / 88	76	36,36

OB: Tumor ósseo na diáfise do Femur
Paciente tumor av/p.
PA 186 / 90

FC 66

FR 36,36

DISCUSSÃO: ADO DA ÁCIDO CÍTRICO NO ENFERMAGEM - AS OCUOS AVOCATUR

Localização	 <input checked="" type="checkbox"/> 1) Rosto <input type="checkbox"/> 2) Pescoço <input type="checkbox"/> 3) Braço <input type="checkbox"/> 4) Mão <input type="checkbox"/> 5) Pernas <input type="checkbox"/> 6) Coxa <input type="checkbox"/> 7) Joelho <input type="checkbox"/> 8) Tornozelo <input type="checkbox"/> 9) Pé <input type="checkbox"/> 10) Cervical <input type="checkbox"/> 11) Abdomen <input type="checkbox"/> 12) Perna	
Fisiologia	<input checked="" type="checkbox"/> 1) Trauma <input type="checkbox"/> 2) Íngua <input type="checkbox"/> 3) Fissura Externa <input type="checkbox"/> 4) Articulação <input type="checkbox"/> 5) Outros	
Assinatura do	<input type="checkbox"/> 1) Náusea <input type="checkbox"/> 2) Anorexia <input type="checkbox"/> 3) Diarreia <input type="checkbox"/> 4) Constipação <input type="checkbox"/> 5) Edema	
Lista	<input type="checkbox"/> 1) Sangramento <input type="checkbox"/> 2) Perda de fezes <input type="checkbox"/> 3) Perda de urina <input type="checkbox"/> 4) Perda de suor	
Sintomas	<input type="checkbox"/> 1) Dor <input type="checkbox"/> 2) Dolor <input type="checkbox"/> 3) Dolor intenso <input type="checkbox"/> 4) Dolor moderado <input type="checkbox"/> 5) Dolor leve	
Tipo de lesão	<input type="checkbox"/> 1) Traumatismo <input type="checkbox"/> 2) Seroso <input type="checkbox"/> 3) Sangramento <input type="checkbox"/> 4) Serosanguíneo <input type="checkbox"/> 5) Serosanguínea <input type="checkbox"/> 6) Seco	
Quantidade de	<input type="checkbox"/> 1) Molhado <input type="checkbox"/> 2) Umido <input type="checkbox"/> 3) Seco	
Exsudado	<input type="checkbox"/> 1) Molhado <input type="checkbox"/> 2) Umido <input type="checkbox"/> 3) Seco	
Solução de	<input type="checkbox"/> 1) Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> 2) Cloruro de Sódio 0,9% <input type="checkbox"/> 3) Álcool 70%	
Cobertura	<input type="checkbox"/> 1) Visceral <input type="checkbox"/> 2) Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> 3) Sulfitazina de Prata <input type="checkbox"/> 4) Hidrogel	
Fixação	<input type="checkbox"/> 1) 15/12 <input type="checkbox"/> 2) 15/15 <input type="checkbox"/> 3) 48/48h <input type="checkbox"/> 4) 12/12 <input type="checkbox"/> 5) 36/36h <input type="checkbox"/> 6) 48/48h	
Proteção da ferida	<input type="checkbox"/> 1) 15/15 <input type="checkbox"/> 2) 48/48h	
Observações	<p><i>(Large handwritten notes in Portuguese follow, detailing medical observations and treatment plans.)</i></p>	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DA ADMISSÃO: DIH 19/07/2019 DN 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DURANTE

AGNOS: FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL

ALÉRGICO: HAS SIM DMZ

IDADE: 28 LEITO 208-2 DATA: 12/08/2019

ITEM	PREScriÇÃO	HORÁRIO
1	INSTACRÁL 500ML	SN
2	IMETOCLOPRAMIDA 10MG EV & BH 5ML	SN
3	DIPRIVONA 10MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/60: SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SFC 9/4 100ML PV DC & BH SF DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 MG VO SF PAS > 160 E OU PAD + 110 MMHG	SN
6	SSVV + 5000 UMH	<i>afun. Reativa</i>
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/6H SN	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	SN
9	SCROTALINO DIÁRIO	<i>Cualitativo</i>
10	CLIFAXANE 40MG SC 1X AO DIA	1600
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2H, 251-400: 4H: 301-250: 805; 201-400: 8H: P 100: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DI AML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

Evolução médica:

ENCONTRADO PACIENTE DENTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUILHAS ALGICAS, FUNÇÕES Fisiológicas PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 2/2/1/1, SEM ITADA, TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB EL CONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HR DE 8.1 HB DO DIA 7/8 = 10.1

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFFBRIL, EUPIREICO, HIPOOCORADO, HUMIDADO, PULSOS PLURIERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

A SOLICITADO: CONDUTA:

PREScriÇÃO DE ENTRADA:

DATA: 27/07/2019

TIPO: DE ALTA SEM PREVISÃO

6 H	PA	FC	FR
12 H	120/70	60	20
18 H	125/73	50	38
24 H	130/80	70	21.3

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

1986-1987
RESIDENTIAL BOARD

10. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma* *leucostoma*

卷之三

For more information about the study, contact Dr. Michael J. Coughlin at (319) 356-4550 or via e-mail at mcoughlin@uiowa.edu.

1. 12 minutes 1. 10 minutes 1. 10 minutes
1. 10 minutes 1. 10 minutes 1. 10 minutes

10. **What is the name of the person who is responsible for the care of the patient?**

For more information about the National Institute of Child Health and Human Development, call 301-435-0911 or visit the NICHD Web site at www.nichd.nih.gov.

19. The following table shows the number of hours worked by each of the 100 workers in the firm.

15602 1 LAFONI 1 LAFONI

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

Digitized by srujanika@gmail.com

For more information about the project, visit www.earthobservatory.nasa.gov.

For the first time in history, the world's population has reached 6 billion.

Q. 5. State the following:
a) The name of the author of the book "The Great Gatsby".

1.3. *Indirect effects* (e.g., through predation or competition) may also be important.

10. The following table summarizes the results of the study. The first column lists the variables, the second column lists the estimated coefficients, and the third column lists the standard errors.

En el año 1990 se realizó la Encuesta de hogares y consumo familiar en la que se obtuvo información sobre las necesidades de los hogares para vivir dignamente.

10. The following table shows the number of hours worked by each employee.

For the first time, we have been able to measure the effect of the magnetic field on the energy gap in the superconducting state.

10. *U.S. Fish and Wildlife Service, Biological Report 82(12): 1-10.*

18. The following is a list of the names of the members of the Board of Education.

On the other hand, the H_2O molecule has a dipole moment of $1.85 \times 10^{-30} \text{ C m}$, which is much smaller than the dipole moment of the NH_3 molecule.

27. The following table gives the number of hours worked by each of the 1000 workers.

18. *Constitutive and regulatory genes in the *lactose operon**

—
—
—

Digitized by srujanika@gmail.com



Núcleo de Enfermagem em

VOLUME 1

Actualizado: 12/03/2014

Paciente: Reginaldo Alves da Silva Data: 01/01/2023
Leito: 202 - 2

Date: 22/04/2014 /

卷之三

11

卷之三

卷之三

11

Günteride

Schrift

卷之三

Lithuania

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

107

卷之三

卷之三

* 10

27

14

1

•

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



PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DI/ 13/07/2019

DN

03/01/1991

HOSPITAL REGIONAL DO ANGRA DE DUARTE

MUSCOTRUX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

AVENIAS

EDAD:

28

HAS

31M

DM2

ITEM

LEITO

208-2

DATA

13/08/2019

DIETA DIÁRIA LIVRE

HORÁRIO

ESTOCOLERA 100ML EV 8/8/1 SN

SU

DIPRITRA 500MG EV 03/4 GOTAS VO DE 8/6/1 SN

SU

TRAMAL 100MG + 2F0.9% 100ML EV DE 8/8/1 SE DOR INTENSA

SU 12:45

ICAPICHRU 25 MG VO SE PAS > 160 F O/3 PAD > 110 MMHG

SU

ISSVV + CLOCO 8/8/1

SU

TRAMAL 100MG VO DE 8/8/1 SN

DR. RAP/Reabilitação

CAMPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

SU

CURATIVO DIÁRIO

SU

OLEXANF 40MG SC 1X A/3 DIA

PA 12:45

17

SU

18

SU

19

SU

DE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;
351-400: 8UI; > 400: 10 UI E SU GLUCOSE > 70 U/L/ML GLUCONE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Evolução médica:

ENCONTROU PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUÍXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA BOM A DIETA, DIA 25/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIA, NA OCASIÃO O HR ENCONTRAVA SE DE 5 / . APÓS TRANSFUSÃO HB DF 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1
EXAMES FÍSICO, EFG, ACIDÔMETICO, ANICLÉRICO, AFERRIL, URONICO, HIPOCORADO, HEPATATO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, UM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

EVOLUÇÃO: ACONTECEU:

DISPARAÇÃO DE CIPURGIA

6 H PA SEM DISPARAÇÃO

FC

FR

12 H

200 x 30

33

30

36

18 H

213 x 62

79

30

36

24 H

213 x 62

79

30

36

Dr. Augusto Cavalcante

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e

Traumatologista

3570 MARCH 1944 VOL 2 NO 3 SPRING EDITION OF THE NEWSLETTER OF THE OREGON AVIATION DEPARTMENT

Heiligenstadt am 20. X. 1812
Von Carl Philipp Emanuel Bach

www.ijerph.com <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph10094400>

Exame de Recidiva -
Paciente: **RÉGINALDO ANDRADE** **Diaspa**
Expediente: **REG/13** **versão 01**
Data: **02/02/2013** **Emitida:** **02/02/2013**
Autorizada: **02/02/2013**

卷之三

1309 1309

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

Georgie - Missy

Consequently, the $\text{Pois}(1)$ distribution is a regular distribution.

1. *Trichocentrus* — *T. maculatus* (L.) *Cuvier* (1816) *Nat. Hist.*

Frédéric Auguste Deluc
Muséum National d'Histoire Naturelle

S. S. MESSING AND J. P. RUEHLIN / 369

the first time in the history of the world, the people of the United States have been compelled to go to war to defend their country.

Portuguese: *Português* (Seco) / *Moldes* (Sobrado)

✓ 15% Cleveland 2#

Fig. 2. Phragmites (A) and Chorizandra (B) in the same area.

BIBLIOGRAPHY OF THE LITERATURE ON THE HISTORICAL GEOGRAPHY OF CHINA

人，是不能不以爲有失公允的。

THE JOURNAL OF CLIMATE

Radio Sveriges
Förbundssändningar

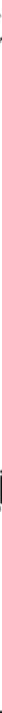
卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

53

TIAE

Pac. inter.  Dr. J. C. Ladd

DRAFT

卷之三

一
—

Schistosoma = *Platylidium* + *Leucostoma*

JOURNAL OF POLYMER SCIENCE: PART A: POLYMERS IN MEDICAL TECHNOLOGY

THE INFLUENCE OF THE ENVIRONMENT ON THE GROWTH OF COTTON 103

卷之三

JOURNAL OF POLYMER SCIENCE: PART A

卷之三

卷之三十一

Begründung der Rechtfertigung (Seite 1 von 1)

卷之三

卷之三

the first time in the history of the world, the people of the United States have been compelled to go to war to defend their country.

THE JOURNAL OF CLIMATE

THE JOURNAL OF CLIMATE

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

DATA DE ADMISSÃO 01/07/2019 DN 17/01/1981
PACIENTE SINALDO ANDRADE QUARTE

AGONISTICO EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL D

ANERGIA

IDADE 23

ITEM

HAB

SIM

IM2

LEITO

208-2

DATA

16/08/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

CETADOL 400

10ML FV 8/8H SA

DOPRONA 20MG 10ML 10 GOTAS VO DE 8/8H AN

TRAMAL 100MG 10ML 10ML FV DE 8/8H SF DOR INTENSA

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OL PAD > 110 MMHG

SEMV + COGE 8/8 H

TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN

CELEPRAZOL 400MG VO 1X AO DIA

TOURATIVO DIÁRIO

JOLEXANE 40MG SC 1X AO DIA

Queda

15

16

17

SÍNDIABETICO CORRECÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

CONFORME ESCALMA 120-250, 20U, 201-300 ALN, 301-350, 6UF,

351-400, 8UF, > 400, 10 UFE DU GLICOSE < 70 DIAUL, GLICOSF 60%

40 ML FV + AV 8/8H PLASTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ELACIONOU PACIENTE DILATADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTANTE, COM
QUE SINTOMAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA
20/7/19 RI A 374 DA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMOCIAS, NA OCASIÃO O Hb
ENCHEAVA SE DE 3.7. APÓS TRANSFUSÃO PR OF 8.1 HR DO DIA 7/8 : 10.1
EXAMES: HEMOL, BFG, ACIANÓTICO, ANCTÁRICO, AFEBIL, EUPNÉICO, PÓPOCORRADO,
PIRATADO, PUNHOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, FV USO DE FRACAO TRANSITIVA.

#SO-CLADO #CONSULTA

SINTOMAS/EXAMES DIFERENTES:

	PA	FC	FR	IX
12 h	130/70	70	-	130/40
18 h	130/70	70	-	130/40
24 h	110/60	70	-	110/40

Dr. Augusto Cuvalcante

CMT-RN 1046

Residente de Ortopedia e
Traumatologia

CG 11: 10/4/2019 4

FC: 77

FR: 36°

Dr. Bruno Piqueira dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CMT-RN 10485 TEOF 10485

REVIEWS OF BOOKS

卷之三

مکالمہ نوری

卷之三

Pacientes — *Recorrido* — *Analisis* — *Supositorios*

Tafel 15 / 08 / 19

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

Journal of Aging Studies

卷之三

Revista de la Unión Matemática Argentina

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三

206.

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

PACIENTE: ADRIANO FERGUSON DO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
DATA: 18/07/2019 DN: 01/01/1991

ANAMSE: FRACTURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

EXAME: FRACTURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

TRATAMENTO: FRACTURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

DATA: 18/08/2019

PREScrição

HORÁRIO

1. METOCOPRAMIDA 10MG EV 6/6P SN

SN

2. TRAMADOL 100MG EV OU 50 GOTAS VO DE SAI. SN

SU

3. TRAMAL 100MG + 50% 10ML LV DL 60L 35. DOR INTENSA

SU

4. CAP. OPIYL 25 mg VO SE PAS > 160 E OL PAP > 10 MMHG

SU

5. INJET. COGIC 800U

SU

6. TRAMAL 100MG VO DF 3/6H SN

SU

7. CLOPERALAN 20MG VO 1X AO DIA

SU

8. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

9. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

10. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

11. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

12. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

13. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

14. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

15. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

16. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

17. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

18. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

19. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

20. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

21. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

22. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

23. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

24. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

25. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

26. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

27. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

28. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

29. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

30. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

31. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

32. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

33. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

34. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

35. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

36. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

37. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

38. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

39. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

40. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

41. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

42. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

43. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

44. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

45. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

46. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

47. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

48. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

49. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

50. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

51. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

52. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

53. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

54. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

55. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

56. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

57. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

58. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

59. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

60. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

61. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

62. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

63. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

64. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

65. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

66. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

67. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

68. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

69. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

70. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

71. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

72. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

73. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

74. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

75. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

76. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

77. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

78. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

79. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

80. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

81. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

82. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

83. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

84. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

85. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

86. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

87. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

88. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

89. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

90. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

91. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

92. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

93. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

94. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

95. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

96. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

97. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

98. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

99. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

100. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

101. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

102. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

103. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

104. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

105. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

106. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

107. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

108. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

109. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

110. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

111. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

112. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

113. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

114. CLOFAX 400MG 50% 1X AO DIA

CLOFAX

115. CLOFAX 400MG 50



Tratamento de Fecides -

Protocol

四百四

2

Pacientes: Leandro Andrade M.
HCR: Leitor - 208-8
Bata: 161081-215



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

卷之三

Treatise

Paciente:

Verão 1988

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Luzia de Oliveira - Dentista
Leito: 206 - 4
Data:

Date: 6/10/15

Localização

— — + $\frac{d}{dx} \left(\frac{dy}{dx} \right)$ Grau $\frac{d}{dx}$ $\frac{dy}{dx}$ $\frac{d^2y}{dx^2}$ $\frac{d^3y}{dx^3}$ $\frac{d^4y}{dx^4}$ $\frac{d^5y}{dx^5}$ $\frac{d^6y}{dx^6}$ $\frac{d^7y}{dx^7}$ $\frac{d^8y}{dx^8}$ $\frac{d^9y}{dx^9}$ $\frac{d^{10}y}{dx^{10}}$

A perspective of the role of the media in the development of the AIDS crisis

magnitude de 1000 m².

Conjecture 1.10 [12] Every \mathcal{G} -orientable graph has a \mathcal{G} -orienting m_k .

From $\frac{1}{2} \sin(2\theta) = \frac{1}{2} \sin(\pi - 2\theta)$, we have $\sin(2\theta) = \sin(\pi - 2\theta)$.

وَالْمُؤْمِنُونَ إِذَا قَاتَلُوكُمْ إِذَا هُمْ مُّهَاجِرُونَ

percentage

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



MEDICAMENTOS: DIH 18/07/2019 DN 01/01/1991
CÓDIGO: NEONALGO ANDRÉ DUARTE

DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
PENAS

IDADE: 26 SEXO: M DM2 DATA: 19/06/2019
ITEM: PRESCRIÇÃO

		HORÁRIO
1.	COLOPREP 10MG EV 6/8H SN	S NQ
2.	ASPIRINA 500MG EV 01/40 GOTAS VO DIA 08H SN	Su
3.	TRAMAL 100MG - SH 0,2% 100ML EV DE 8H A 18H DOR INTENSA	Su
4.	ICATOFERIL 25MG VO SE PAS > 100 POU RAC S 10MMFG	Su
5.	IPRSV 1000MG VO H	Su
6.	RAMAL 100MG VO DIA 08H SN	Su
7.	ICATOFERIL 25MG VO 1X AO DIA	Su
8.	R 1000MG VO DIA 0	Su
9.	ICATOFERIL 400MG VO 1X AO DIA	Su
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		
32.		
33.		
34.		
35.		
36.		
37.		
38.		
39.		
40.		
41.		
42.		
43.		
44.		
45.		
46.		
47.		
48.		
49.		
50.		
51.		
52.		
53.		
54.		
55.		
56.		
57.		
58.		
59.		
60.		
61.		
62.		
63.		
64.		
65.		
66.		
67.		
68.		
69.		
70.		
71.		
72.		
73.		
74.		
75.		
76.		
77.		
78.		
79.		
80.		
81.		
82.		
83.		
84.		
85.		
86.		
87.		
88.		
89.		
90.		
91.		
92.		
93.		
94.		
95.		
96.		
97.		
98.		
99.		
100.		
101.		
102.		
103.		
104.		
105.		
106.		
107.		
108.		
109.		
110.		
111.		
112.		
113.		
114.		
115.		
116.		
117.		
118.		
119.		
120.		
121.		
122.		
123.		
124.		
125.		
126.		
127.		
128.		
129.		
130.		
131.		
132.		
133.		
134.		
135.		
136.		
137.		
138.		
139.		
140.		
141.		
142.		
143.		
144.		
145.		
146.		
147.		
148.		
149.		
150.		
151.		
152.		
153.		
154.		
155.		
156.		
157.		
158.		
159.		
160.		
161.		
162.		
163.		
164.		
165.		
166.		
167.		
168.		
169.		
170.		
171.		
172.		
173.		
174.		
175.		
176.		
177.		
178.		
179.		
180.		
181.		
182.		
183.		
184.		
185.		
186.		
187.		
188.		
189.		
190.		
191.		
192.		
193.		
194.		
195.		
196.		
197.		
198.		
199.		
200.		
201.		
202.		
203.		
204.		
205.		
206.		
207.		
208.		
209.		
210.		
211.		
212.		
213.		
214.		
215.		
216.		
217.		
218.		
219.		
220.		
221.		
222.		
223.		
224.		
225.		
226.		
227.		
228.		
229.		
230.		
231.		
232.		
233.		
234.		
235.		
236.		
237.		
238.		
239.		
240.		
241.		
242.		
243.		
244.		
245.		
246.		
247.		
248.		
249.		
250.		
251.		
252.		
253.		
254.		
255.		
256.		
257.		
258.		
259.		
260.		
261.		
262.		
263.		
264.		
265.		
266.		
267.		
268.		
269.		
270.		
271.		
272.		
273.		
274.		
275.		
276.		
277.		
278.		
279.		
280.		
281.		
282.		
283.		
284.		
285.		
286.		
287.		
288.		
289.		
290.		
291.		
292.		
293.		
294.		
295.		
296.		
297.		
298.		
299.		
300.		
301.		
302.		
303.		
304.		
305.		
306.		
307.		
308.		
309.		
310.		
311.		
312.		
313.		
314.		
315.		
316.		
317.		
318.		
319.		
320.		
321.		
322.		
323.		
324.		
325.		
326.		
327.		
328.		
329.		
330.		
331.		
332.		
333.		
334.		
335.		
336.		
337.		
338.		
339.		
340.		
341.		
342.		
343.		
344.		
345.		
346.		
347.		
348.		
349.		
350.		
351.		
352.		
353.		
354.		
355.		
356.		
357.		
358.		
359.		
360.		
361.		
362.		
363.		
364.		
365.		
366.		
367.		
368.		
369.		
370.		
371.		
372.		
373.		
374.		
375.		
376.		
377.		
378.		
379.		
380.		
381.		
382.		
383.		
384.		
385.		
386.		
387.		
388.		
389.		
390.		
391.		
392.		
393.		
394.		
395.		
396.		
397.		
398.		
399.		
400.		
401.		
402.		
403.		
404.		
405.		
406.		
407.		
408.		
409.		
410.		
411.		
412.		
413.		
414.		
415.		
416.		
417.		
418.		
419.		
420.		
421.		
422.		
423.		
424.		
425.		
426.		
427.		
428.		
429.		
430.		
431.		
432.		
433.		
434.		
435.		
436.		
437.		
438.		
439.		
440.		
441.		
442.		
443.		
444.		
445.		
446.		
447.		
448.		
449.		
450.		
451.		
452.		
453.		
454.		
455.		
456.		
457.		
458.		
459.		
460.		
461.		
462.		
463.		
464.		
465.		
466.		
467.		
468.		
469.		
470.		
471.		
472.		
473.		
474.		
475.		
476.		
477.		
478.		
479.		
480.		
481.		
482.		
483.		
484.		
485.		
486.		
487.		
488.		
489.		
490.		
491.		
492.		
493.		
494.		
495.		
496.		
497.		
498.		
499.		
500.		
501.		
502.		
503.		
504.		
505.		
506.		
507.		
508.		
509.		
510.		
511.		
512.		
513.		
514.		
515.		
516.		
517.		
518.		
519.		
520.		
521.		
522.		
523.		

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

Nome _____
Sobrenome _____
Data de nascimento _____
Sexo _____
Endereço _____

EMPREGO OU OCUPAÇÃO _____
ESCOLA EM QUE ESTAVA DE CANTO COLOCARATE

RAZÃO PELA QUAL SE PRECISA DE APOIO EXECUTIVO

1 - PREPARAÇÃO FÍSICA

2 - ATIVIDADES

Ricardo Carlos Andrade Oscar

3 - CONDIÇÕES ANATÔMICAS

4 - HABITOS ALIMENTARES

5 - CONDIÇÕES SOCIAIS

6 - CONDIÇÕES FÍSICAS

7 - DADOS DE MEUVENTO

8 - SITUAÇÃO HOSPITALAR

9 - TÉMPO

10 - TIPO DE DOCUMENTO

11 - DATA

12 - DATA DE EMISSÃO

13 - LEP

14 - CONDIÇÕES SOCIAIS

15 - JUSTIFICATIVA DA INTENÇÃO

16 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Crise aguda

17 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

18 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

19 - CONDIÇÕES SOCIAIS

20 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

21 - CONDIÇÕES SOCIAIS

22 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

23 - CONDIÇÕES SOCIAIS

24 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

25 - CONDIÇÕES SOCIAIS

26 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

27 - CONDIÇÕES SOCIAIS

28 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

29 - CONDIÇÕES SOCIAIS

30 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

31 - CONDIÇÕES SOCIAIS

32 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

33 - CONDIÇÕES SOCIAIS

34 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

35 - CONDIÇÕES SOCIAIS

36 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

37 - CONDIÇÕES SOCIAIS

38 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

39 - CONDIÇÕES SOCIAIS

40 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

41 - CONDIÇÕES SOCIAIS

42 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

43 - CONDIÇÕES SOCIAIS

44 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

45 - CONDIÇÕES SOCIAIS

46 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

47 - CONDIÇÕES SOCIAIS

48 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

49 - CONDIÇÕES SOCIAIS

50 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

51 - CONDIÇÕES SOCIAIS

52 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

53 - CONDIÇÕES SOCIAIS

54 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

55 - CONDIÇÕES SOCIAIS

56 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

57 - CONDIÇÕES SOCIAIS

58 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

59 - CONDIÇÕES SOCIAIS

60 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

61 - CONDIÇÕES SOCIAIS

62 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

63 - CONDIÇÕES SOCIAIS

64 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

65 - CONDIÇÕES SOCIAIS

66 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

67 - CONDIÇÕES SOCIAIS

68 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

69 - CONDIÇÕES SOCIAIS

70 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

71 - CONDIÇÕES SOCIAIS

72 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

73 - CONDIÇÕES SOCIAIS

74 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

75 - CONDIÇÕES SOCIAIS

76 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

77 - CONDIÇÕES SOCIAIS

78 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

79 - CONDIÇÕES SOCIAIS

80 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

81 - CONDIÇÕES SOCIAIS

82 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

83 - CONDIÇÕES SOCIAIS

84 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

85 - CONDIÇÕES SOCIAIS

86 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

87 - CONDIÇÕES SOCIAIS

88 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

89 - CONDIÇÕES SOCIAIS

90 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

91 - CONDIÇÕES SOCIAIS

92 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

93 - CONDIÇÕES SOCIAIS

94 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

95 - CONDIÇÕES SOCIAIS

96 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

97 - CONDIÇÕES SOCIAIS

98 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

99 - CONDIÇÕES SOCIAIS

100 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

101 - CONDIÇÕES SOCIAIS

102 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

103 - CONDIÇÕES SOCIAIS

104 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

105 - CONDIÇÕES SOCIAIS

106 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

107 - CONDIÇÕES SOCIAIS

108 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

109 - CONDIÇÕES SOCIAIS

110 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

111 - CONDIÇÕES SOCIAIS

112 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

113 - CONDIÇÕES SOCIAIS

114 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

115 - CONDIÇÕES SOCIAIS

116 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

117 - CONDIÇÕES SOCIAIS

118 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

119 - CONDIÇÕES SOCIAIS

120 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

121 - CONDIÇÕES SOCIAIS

122 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

123 - CONDIÇÕES SOCIAIS

124 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

125 - CONDIÇÕES SOCIAIS

126 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

127 - CONDIÇÕES SOCIAIS

128 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

129 - CONDIÇÕES SOCIAIS

130 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

131 - CONDIÇÕES SOCIAIS

132 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

133 - CONDIÇÕES SOCIAIS

134 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

135 - CONDIÇÕES SOCIAIS

136 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

137 - CONDIÇÕES SOCIAIS

138 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

139 - CONDIÇÕES SOCIAIS

140 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

141 - CONDIÇÕES SOCIAIS

142 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

143 - CONDIÇÕES SOCIAIS

144 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

145 - CONDIÇÕES SOCIAIS

146 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

147 - CONDIÇÕES SOCIAIS

148 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

149 - CONDIÇÕES SOCIAIS

150 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

151 - CONDIÇÕES SOCIAIS

152 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

153 - CONDIÇÕES SOCIAIS

154 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

155 - CONDIÇÕES SOCIAIS

156 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

157 - CONDIÇÕES SOCIAIS

158 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

159 - CONDIÇÕES SOCIAIS

160 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

161 - CONDIÇÕES SOCIAIS

162 - CONDIÇÕES SOCIAIS

Exa. F. C. e P.

163 - CONDIÇÕES SOCIAIS

164 - CONDIÇÕES SOCIAIS

BOLETIM OPERATÓRIO



Degeneração Carcinomatosa
Ressecção

Data: 05/05/1985 - Hora: 08:00

EXAMES DE PREDIÇÃO:	<u>Pt. Ima.</u>
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:	<u>Ressecção</u>
TPO DE INTERVENÇÃO:	
MEDICAÇÃO E AGENTES:	
PROONÔSTICO OPERATÓRIO:	
CIRURGIA:	<u>Ressecção</u>
2º AUXILIAR:	<u>Flávio R. R.</u>
3º AUXILIAR:	
ANESTESIA:	
ANESTÉSICO:	
INÍCIO:	
FIM:	
DURAÇÃO:	

RESUMO OPERATÓRIO

1. Pct. liber + instala

2. Cirurg + alim + limpa higi

3. Tumor suspeito na ferida aberta, sent

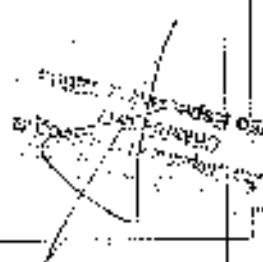
4. Tumor suspeito na ferida fechada e negra

5. Pct. liber + instala, negra

6. Pct. liber + instala

7. Pct. liber + instala

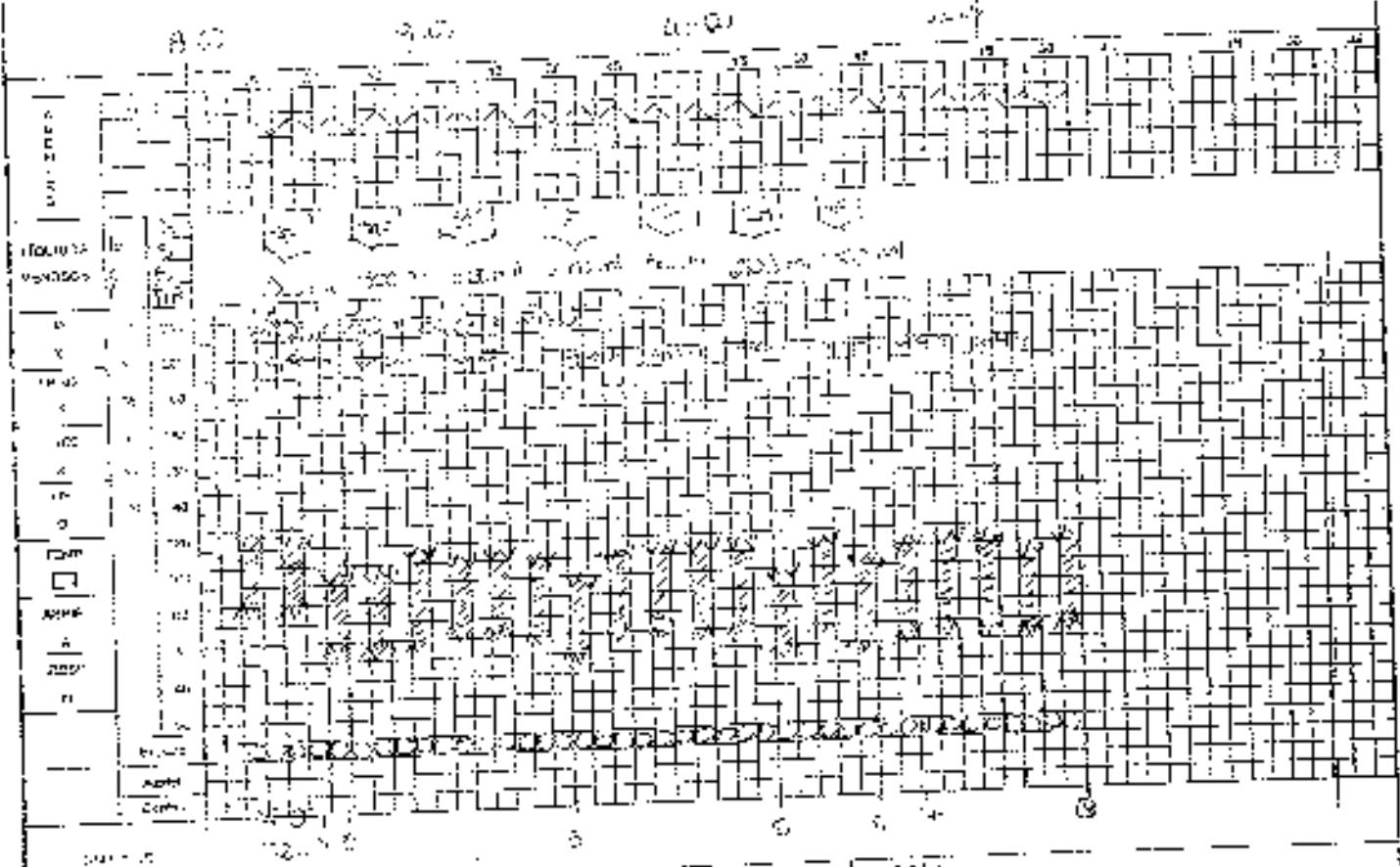
8. Pct.



MECHANISM OF ANESTHESIA

$$-\beta_2 \alpha_2 - \beta_1 \alpha_1 = \overline{Q_2 Q_1}$$

2023-07-20 14



Wirkung der sozialen Integration auf Wirtschaftlichkeit (FAM-FPC) und soziale Integration (Gesamt-sozialer Wohlstand)

4. Atypie des négatifs: l'érosion (en éventail) + rousseur + calcification du complexe dentaire.

2. francês berber. living com apelido
Zé (Zéink) criador de cães
de caça, viveram em Lissabon de
1990 a 2000.
3. cidadão europeu alemão
de origem árabe que morou em

Sparsame ex parte in zwei Linie (1)

Journal of the Royal Statistical Society, Series B

B. Eichler, M. May (Eds.)

Digitized by srujanika@gmail.com

$$= \int_0^T \rho(t) \partial_t u(t) \partial_x^2 h(t) - \mathcal{E}_t(\partial_x^2 h)^2.$$

der angestrahlten Patienten zu unterscheiden.



ANEXO 70 - ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL

SERVE WITH 20 EASY-DOE SAUCES

ESTÍMOS DO ESTÁTICO CONSUMO EM CIRURGIA

— ESSA TÉCNICA PODE SER USADA PARA TRABALHAR NA CÓDO PACIENTE.

VALOR

MATERIAIS E MÉTODOS CAMPIMENTOS LUNARES
E TERRAÇAMENTOS DE S. FRANCISCO

DE CIRCONGIA VISTO CON INFORMAZIONI

VARIABLES MEDIANTES

SLG-rotAL

TAXA OF SPLE

FAXA UL ANF3125 A

SOURCE

EL CIRCUITO DE SALIDA

2010 RELEASE UNDER E.O. 14176

**SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA AS
ENCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**



Nome: Flávia Souza Braga

Data: 25/08/10

Data de Nasc: 01/06/91 Idade: 22 Setor/Leito: 208 - T2

Função de Conselheira Clínica: N Sim / N Não Termo de Consentimento Anestesia: N Sim / N Não

SRPA:

IMPEDIMENTOS

Uma ou mais das seguintes situações devem ser consideradas como impedimento:

1. hipertensão arterial crônica

2. diabetes melito

3. infarto agudo do miocárdio

4. infarto cerebral

5. insuficiência cardíaca

6. infarto pulmonar

7. infarto cerebral

8. infarto cerebral

9. infarto cerebral

10. infarto cerebral

11. infarto cerebral

12. infarto cerebral

13. infarto cerebral

14. infarto cerebral

15. infarto cerebral

16. infarto cerebral

17. infarto cerebral

18. infarto cerebral

19. infarto cerebral

20. infarto cerebral

21. infarto cerebral

22. infarto cerebral

23. infarto cerebral

24. infarto cerebral

25. infarto cerebral

26. infarto cerebral

27. infarto cerebral

28. infarto cerebral

29. infarto cerebral

30. infarto cerebral

31. infarto cerebral

32. infarto cerebral

33. infarto cerebral

34. infarto cerebral

35. infarto cerebral

36. infarto cerebral

37. infarto cerebral

38. infarto cerebral

39. infarto cerebral

40. infarto cerebral

41. infarto cerebral

42. infarto cerebral

43. infarto cerebral

44. infarto cerebral

45. infarto cerebral

46. infarto cerebral

47. infarto cerebral

48. infarto cerebral

49. infarto cerebral

50. infarto cerebral

51. infarto cerebral

52. infarto cerebral

53. infarto cerebral

54. infarto cerebral

55. infarto cerebral

56. infarto cerebral

57. infarto cerebral

58. infarto cerebral

59. infarto cerebral

60. infarto cerebral

61. infarto cerebral

62. infarto cerebral

63. infarto cerebral

64. infarto cerebral

65. infarto cerebral

66. infarto cerebral

67. infarto cerebral

68. infarto cerebral

69. infarto cerebral

70. infarto cerebral

71. infarto cerebral

72. infarto cerebral

73. infarto cerebral

74. infarto cerebral

75. infarto cerebral

76. infarto cerebral

77. infarto cerebral

78. infarto cerebral

79. infarto cerebral

80. infarto cerebral

81. infarto cerebral

82. infarto cerebral

83. infarto cerebral

84. infarto cerebral

85. infarto cerebral

86. infarto cerebral

87. infarto cerebral

88. infarto cerebral

89. infarto cerebral

90. infarto cerebral

91. infarto cerebral

92. infarto cerebral

93. infarto cerebral

94. infarto cerebral

95. infarto cerebral

96. infarto cerebral

97. infarto cerebral

98. infarto cerebral

99. infarto cerebral

100. infarto cerebral

101. infarto cerebral

102. infarto cerebral

103. infarto cerebral

104. infarto cerebral

105. infarto cerebral

106. infarto cerebral

107. infarto cerebral

108. infarto cerebral

109. infarto cerebral

110. infarto cerebral

111. infarto cerebral

112. infarto cerebral

113. infarto cerebral

114. infarto cerebral

115. infarto cerebral

116. infarto cerebral

117. infarto cerebral

118. infarto cerebral

119. infarto cerebral

120. infarto cerebral

121. infarto cerebral

122. infarto cerebral

123. infarto cerebral

124. infarto cerebral

125. infarto cerebral

126. infarto cerebral

127. infarto cerebral

128. infarto cerebral

129. infarto cerebral

130. infarto cerebral

131. infarto cerebral

132. infarto cerebral

133. infarto cerebral

134. infarto cerebral

135. infarto cerebral

136. infarto cerebral

137. infarto cerebral

138. infarto cerebral

139. infarto cerebral

140. infarto cerebral

141. infarto cerebral

142. infarto cerebral

143. infarto cerebral

144. infarto cerebral

145. infarto cerebral

146. infarto cerebral

147. infarto cerebral

148. infarto cerebral

149. infarto cerebral

150. infarto cerebral

151. infarto cerebral

152. infarto cerebral

153. infarto cerebral

154. infarto cerebral

155. infarto cerebral

156. infarto cerebral

157. infarto cerebral

158. infarto cerebral

159. infarto cerebral

160. infarto cerebral

161. infarto cerebral

162. infarto cerebral

163. infarto cerebral

164. infarto cerebral

165. infarto cerebral

166. infarto cerebral

167. infarto cerebral

168. infarto cerebral

169. infarto cerebral

170. infarto cerebral

171. infarto cerebral

172. infarto cerebral

173. infarto cerebral

174. infarto cerebral

175. infarto cerebral

176. infarto cerebral

177. infarto cerebral

178. infarto cerebral

179. infarto cerebral

180. infarto cerebral

181. infarto cerebral

182. infarto cerebral

183. infarto cerebral

184. infarto cerebral

185. infarto cerebral

186. infarto cerebral

187. infarto cerebral

188. infarto cerebral

189. infarto cerebral

190. infarto cerebral

191. infarto cerebral

192. infarto cerebral

193. infarto cerebral

194. infarto cerebral

195. infarto cerebral

196. infarto cerebral

197. infarto cerebral

198. infarto cerebral

199. infarto cerebral

200. infarto cerebral

201. infarto cerebral

202. infarto cerebral

203. infarto cerebral

204. infarto cerebral

205. infarto cerebral

206. infarto cerebral

207. infarto cerebral

208. infarto cerebral

209. infarto cerebral

210. infarto cerebral

211. infarto cerebral

212. infarto cerebral

213. infarto cerebral

214. infarto cerebral

215. infarto cerebral

216. infarto cerebral

217. infarto cerebral

218. infarto cerebral

219. infarto cerebral

220. infarto cerebral

221. infarto cerebral

222. infarto cerebral

223. infarto cerebral

224. infarto cerebral

225. infarto cerebral

226. infarto cerebral

227. infarto cerebral

228. infarto cerebral

229. infarto cerebral

230. infarto cerebral

231. infarto cerebral

232. infarto cerebral

233. infarto cerebral

234. infarto cerebral

235. infarto cerebral

236. infarto cerebral

237. infarto cerebral

238. infarto cerebral

239. infarto cerebral

240. infarto cerebral

241. infarto cerebral

242. infarto cerebral

243. infarto cerebral

244. infarto cerebral

245. infarto cerebral

246. infarto cerebral

247. infarto cerebral

248. infarto cerebral

249. infarto cerebral

250. infarto cerebral

251. infarto cerebral

252. infarto cerebral

253. infarto cerebral

254. infarto cerebral

255. infarto cerebral

256. infarto cerebral

257. infarto cerebral

ANEXO A DOCUMENTO INSTRUTÓRIO
EXCEPCIONAL DE EXCEÇÃO DE
EXCEÇÃO DE EXCEÇÃO DE EXCEÇÃO

ANTES DA INSCRIÇÃO
OFERECIMENTO

Assentado

ESTADO DE SÃO PAULO, 20 de setembro de 1986.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 20 de setembro de 1986.

ESTADO DE SÃO PAULO, 20 de setembro de 1986.

DE PROTEÇÃO AO CONSUMIDOR
QUE OCUPA MERCADO COM
VENDIMENTOS COM ALCANCE

EXCEÇÃO ANTES DA ENFERMERA
CONTRATADA MELHORE

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

卷之三

ISSN 1062-1024 • 95FM102

— T-5 | T-55/2519 | DN | 31/07/1991

Digitized by srujanika@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - VALDO ANDRADE DIARTE

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS DISTRIBUÍDO

AGENDA DE ATENDIMENTO
ALESSANDRA
DATA: 20/08/2019
TIPO: PESSOAL
MÉDICO

1	PAS. ORAL LIVRE	SU
2	METOCLOPRAMIDA 10MG PV 30' A 60' AV. VD 6-8H SN	SU
3	CLIFONINA 500MG PV 30' A 60' AV. VD 6-8H SN	SU
4	TRAMAL 100MG 8PM 9PM 100WV PV UF 6-8H SU. CCR INTENSA	SU
5	TRAMAL 100MG 8PM 9PM 100WV PV UF 6-8H SU. CCR INTENSA	SU
6	CAPTOPRIL 25mg VC SE PAS > 100% OU PAD > 115 MMHG	SU
7	ACEVY + 0.02G 20' H	PERIODON
8	TRAMAL 100MG VC 12-48H SN	SU
9	CLAN. TRAMAL 100MG 10' 1X AG DIA	PERIODON
10	CLINICO DENTAL	SUSPENSO
11	OLDTANE 40MG 50' 1X AG DIA	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	27. DIABETICO COM ERICAO COM INSULINA REGULAR 100U; C. INFORME FSC ULTRA 200-250 28H, 250-300 40H, 30-350 60H; 300-400 80H; > 400 10-15 E.O., GLUCOSA 6-70 24H. GLUCOSA 60%	SU
21	400-500 15-20 E.O. + AVISAR PLANTONISTA	

Evolução médica

ESQ 06.7400: CONDENSE

Dr. Augusto Cavalcante
CRM - R 1964
testimônia do Ortopedista e
Traumatologista

Ch. 10 Chapter 10: The U.S. Presidency

STATION	PA	PC	PR	...
6K				
12K				
15K	S-100	85		
23K	94%	94		

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

188. 100. 100. The hotel was the center of all social activity.

1880-1881 - 1882

at 40%
DP = 125/6
 $\frac{125}{6} \times 10^6$

Bill m 5 new realign
open has been no sete

- 31 -

120-6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DO RORAIMA
EPÓDIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ANAMSESE MÉDICA

NOME: J. A. M. S. DA SILVA | DHE: 9999999999999999 | DN: 9999999999999999

PACIENTE: ANTONIO ANDRADE BARRETO

AGNOSCO: ENTESO DE FÍBULA DISTAL L

ALERGIAS: HAC: SIM: DM2:

IDADE: 28 | LEITO: 120-6 | DATA: 12/06/2019 | TORACICO

ITEM: PRESCRIÇÃO:

1. DROGA: CAFE LIVRE: 100MG X 100G X 100G SIN

2. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

3. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

4. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

5. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

6. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

7. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

8. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

9. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

10. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

11. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

12. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

13. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

14. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

15. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

16. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

17. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

18. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

19. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

20. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

21. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

22. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

23. DROGA: RONALONG EV OU 20 GOTAS VO DE 86,1 EN

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA	12/06/2019	13/06/2019	14/06/2019	15/06/2019
SINTOMAS				
6h	PS:	PS:	PS:	PS:
12h	PS:	PS:	PS:	PS:
18h	PS:	PS:	PS:	PS:
24h	PS:	PS:	PS:	PS:

6h: 12/06/2019: paciente com dor de dor no joelho esquerdo de intensidade 3/10.

12h: 12/06/2019: paciente com dor de dor no joelho esquerdo de intensidade 3/10.

18h:

24h: 12/06/2019: paciente com dor de dor no joelho esquerdo de intensidade 3/10.

6h:

12h: 12/06/2019: paciente com dor de dor no joelho esquerdo de intensidade 3/10.

18h:

24h: 12/06/2019: paciente com dor de dor no joelho esquerdo de intensidade 3/10.

6h: 12/06/2019: paciente com dor de dor no joelho esquerdo de intensidade 3/10.

12h:

18h:

24h:

6h:

12h:

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

80;0

Elaborada: 02/2013

גניזה: ירושלים

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

VERSAO

Evaluada: 02/2013 Atualizada: 12/2016

EVOLUÇÃO DO CURATIVO	
Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas:	Protocolo nº 1
	Versão:08
	Elaborada: 02/2013
	Atualizada: 12/2018
WGR	Paciente: <u>Ricardo Almeida Oliveira</u> Data: <u>02/12/2018</u>
	Igreja: <u>ICG-9</u>

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

120-6

DATA DE REVISÃO DIH ##### DN 4644444

PAC. MIGUEL ANGELUS DUARTE

AGNOSIA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL O

LEHGRW HAG SAI DMI2

IDADE 23 CEITO 120-S DATA 23/01/2019 TORÁRIO

ITEM PRESCRIÇÃO

1. AMFODOLGININA 15MG EV 8/8H SN

2. CEFIRONA 30MG EV 03/40 GOTAS VO DE 6/6H SN

3. THIOPAL 100MG EV 0,05% 100ML PV DE 0,24H SF DOR INTENSA

4. PARACETAMOL 250MG VO DE PAG > 160 E OU PAG > 116 VMI 60

5. ISSVY - COCG 8/8 H

6. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN

7. IVERPRAZOLE 400MG VO 1X AO DIA

8. CURATIVO DIARIO SUSPENSO

9. CLIXANE 50MG VO X AO DIA

10. CINDAWCINA 600MG PV DE 6/6H

11. CIPROFLOXACINO 400MG PV VO DE 500MG VO DE 12/12H

12. CETOCONAZOL 200MG VO DE 12/12H

13.

14.

15.

16.

17.

18.

19.

20.

EVALUAÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITais				
	PA	FC	FR	T
6 H	90/60	90	18	36
12 H	95/65	95	18	36,0
18 H	100/70	100	18	36,0
24 H	95/60	95	18	36,0

12h berifades
e administradas em
doses c.p.m.

120-6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SERVIÇO ÁREA DE SAÚDE DE RORAIMA

SEÇÃO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DA PRESCRIÇÃO: 17/08/2016 DP: 4374443

FACILITANTE: SISTEMA DE ACESSO DA CLÍNICA

SIGNATURA: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALEGRE: 1443 DATA: 24/08/2016

ADADE: 21/08/2016 DATA: 24/08/2016

TIPO: CIRÚRGICO LOCAL: TORÁCICO

ITEM: 1. ANESTESIA: 774

2. VETECLOPAN 10MG EV 30ML 5ML

3. VETRONA 500MG PV OU 400ML VO DE 6/6H

4. TRAMADOL 10MG + 500MG 10ML CV DL 5ML SF DOZ INTENSA

5. VETECLOPAN 20MG VO P/AS > 160 E C/UPAD > 140 MM/HG

6. GUTAMIC 2000 5ML

7. TRAMADOL 10MG VO 3/21 DIA

8. VETECLOPAN 10MG VO 1/2 AO DIA

9. CONVITRO 0,1MG

10. VETEXANE 40MG SG 1X 40 DIA

11. CLUNDAMICINA 500MG LV DE 6/6H

12. VETROPROTÉCINO 400MG EV OU 500ML VO DE 12/12H

13. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

14. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

15. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

16. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

17. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

18. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

19. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

20. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

21. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

22. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

23. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

24. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

25. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

26. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

27. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

28. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

29. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

30. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

31. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

32. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

33. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

34. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

35. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

36. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

37. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

38. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

39. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

40. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

41. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

42. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

43. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

44. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

45. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

46. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

47. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

48. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

49. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

50. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

51. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

52. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

53. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

54. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

55. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

56. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

57. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

58. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

59. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

60. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

61. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

62. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

63. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

64. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

65. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

66. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

67. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

68. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

69. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

70. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

71. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

72. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

73. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

74. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

75. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

76. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

77. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

78. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

79. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

80. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

81. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

82. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

83. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

84. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

85. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

86. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

87. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

88. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

89. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

90. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

91. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

92. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

93. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

94. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

95. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

96. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

97. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

98. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

99. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

100. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

101. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

102. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

103. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

104. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

105. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

106. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

107. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

108. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

109. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

110. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

111. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

112. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

113. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

114. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

115. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

116. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

117. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

118. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

119. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

120. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

121. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

122. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

123. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

124. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

125. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

126. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

127. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

128. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

129. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

130. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

131. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

132. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

133. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

134. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

135. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

136. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

137. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

138. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

139. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

140. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

141. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

142. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

143. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

144. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

145. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

146. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

147. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

148. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

149. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

150. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

151. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

152. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

153. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

154. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

155. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

156. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

157. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

158. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

159. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

160. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

161. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

162. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

163. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

164. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

165. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

166. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

167. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

168. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

169. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

170. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

171. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

172. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

173. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

174. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

175. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

176. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

177. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

178. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

179. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

180. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

181. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

182. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

183. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

184. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

185. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

186. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

187. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

188. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

189. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

190. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

191. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

192. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

193. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

194. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

195. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

196. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

197. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

198. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

199. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

200. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

201. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

202. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

203. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

204. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

205. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

206. VETECLOPAN 2000 PV DE 12/12H

207. VETECLOPAN 200

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - UCR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atuado: 12/2018
Paciente: <u>RODRIGO ANDRADE DUARTE</u>	Paciente: <u>RODRIGO ANDRADE DUARTE</u>	Date: 24/10/08 / 19		
Localização	Região: <u>MIF</u>			
Etiologia	Outro			
Síntese	Neuroma sintético de tendão (tendinite) na articulação do cotovelo.			
Diagnóstico	Neuroma sintético de tendão (tendinite) na articulação do cotovelo.			
Tratamento	Aplicação de gelo.			
Exames				
Pele Perilesional	Quente.			
Tipo de Fixadade	Plástica e fixação com fita adesiva.			
Quantidade de Fixadade	1 (uma).			
Fixadade	Velcro.			
Solução de Limpeza	Álcool.			
Limpzeza	Desinfecção com álcool.			
Contaminação	Outro.			
Próximas Ações	Revisão.			
Observações				

Resumo: Sintese: Neuroma sintético de tendão (tendinite) na articulação do cotovelo.

Observações:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETERIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DA PRESCRIÇÃO: DIA: 11/08/2018 DIA: 16/08/2018

PACIENTE: GERALDO VIEIRAS DE OLIVEIRA CARTE

DIAGNÓSTICO: EXPOSIÇÃO DE FERUR DISTAL P

Nº 07747	HAB	SIM	L/M2
IDADE: 23	SEXO: M	130-6	DATA: 25/08/2018

ITEM	PREScriÇÃO	HORARIO
------	------------	---------

- 1 ANTIPSORATICO: LAVAF
- 2 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8; 15/15
- 3 CEFTRONA 600MG EV OU 40 COTAS VO DE 6/6H
- 4 DIFENALCOOL 100MG 300,0% 100ML EV DF 6/6H DE DOR INTENSA
- 5 CANTOPRIL 25 MG VO DE 150 E OU HAO > 10 MMHC
- 6 DEXILOFENAC 200MG 3/3/3H
- 7 DIFENALCOOL 100MG VO 1X AO DIA
- 8 DIMEFRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
- 9 DUXANE 40MG 5/5 X AO DIA SUSPENSÃO
- 10 CLINDAMICINA 600MG FV DE 6/6H
- 11 CLOXOFLOXAQUINO 200MG EV OU 600MG VO DE 2/12H
- 12 CLOFENIL 20MG EV DE 12/12H
- 13 Restrições: nenhuma em MIE, SOCIOLOGIA E FÉ

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Henrique Soárez
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM 1420703



SINAIS VITais			
6 H	PA	FC	FR
13 H	110/80	100	36/36
18 H	110/80	90	36/36
24 H	110/80	70	36/36

16/08/2018

Objeto: O paciente é fumante com tabaco C/SM, aferido

16/08/2018

16/08/2018

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Município de Esparápolis

Version 08

אַתָּה בְּנֵי

REGULAMENTOS DA-FRITADES - PACIENTES

三

二三

20

J. Mat. 25 (6) 2002 9

Lexicon - Regio_142_B

Regula

Die *Urtypen* der *Homöopathie* sind diejenigen Krankheiten, welche die *Homöopathen* am meisten und bestens beherrschen. Sie sind diejenigen Krankheiten, welche die *Homöopathen* am häufigsten behandeln. Sie sind diejenigen Krankheiten, welche die *Homöopathen* am besten verstehen. Sie sind diejenigen Krankheiten, welche die *Homöopathen* am besten behandeln.

Graph 1 is a scatter plot showing the relationship between the number of laureates (Y-axis) and the number of Nobel Prizes (X-axis). The data points show a strong positive linear correlation, indicating that as the number of Nobel Prizes increases, the number of laureates also tends to increase.

Such a situation has been called a "potential trap."

Normal (β -defects) page 1 of 20

SOMMARIO

卷之三

中華書局影印
新編全蜀王集

THE JOURNAL OF CLIMATE

卷之三

JOURNAL OF POLYMER SCIENCE: PART A-1
VOL. 3, NO. 1, JANUARY 1965

THE ASSISTANT SECRETARY OF STATE FOR ASIA AND THE PACIFIC

卷之三

卷之三

卷之三

HOSPITAL GERAL DE MARINGÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
REGISTRAÇÃO MÉDICA

1206

DATA DE ADMISÃO _____ PESO _____ ALTURA _____ IDADE _____

RECEBIMENTO EXPOSTO DE FONTE DE DISTRIBUÍDORES

IDADE	SEXO	PESO	STRA	DMZ	DATA	PERÍODO
ITEM			PRESCRIÇÃO			
1			DATA ORIGEM			
2			MICROPSAMINA 10MG EV 300L S/IX			
3			DICLOFENAC 50MG PV 500L DOTAS VO DE 600M			
4			IRAMA 10MG + SFC 4% 100ML PV DE 6/8H S/FOL INTENS/			
5			CLAVOPEN 250MG VO 3/6P FAS + 30P FOL PAS + 100MMHC			
6			IBU 200MG - 500MG 6/6H			
7			THIAMAL 100MG AG 300L S/IX BN			
8			OZEPRAZOL 40MG VO 1X AG DIA			
9			CEFRIVICO DIÁRIO			
10			OLFXANE 400MG 2C IX 40 DIA			
11			GLINDAM-CINA 200MG LV DE 6/6H			
12			CIPRO-LOXACINO 400MG LV 500MG VO DE 12/24H			
13			TAZIFIL 20MG PV DE 12/24H			
14			Isosceratoximetacon MIE 100MG C/PE			

EVOLUTIVE DESIGN

10-16-67. Wissahickon, PA, 2000
ft. above sea level. Acid swamp
soil. Marks all 125 ft. from

W. H. Smith & Sons, Ltd., London, W.C.2. *Postscript*

SINAI'S VITAMIN					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

Mr. H. W. Moore



10-6

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SEÇÃO DE ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA

REGISTRO CLÍNICO / VIDA MORTAL / ARQUIVOS

PACIENTE: JOÃO VIEIRA DE SOUZA DE 25 ANOS,
DEMORADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA: 10/11/17, COM
DIAGNÓSTICO DE: FRATURA DA TIBIA E FIBULA.

FOU ABLIGADO A REALIZAR O TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
TIBIA E FIBULA, NO DIA 10/11/17, SENDO
OPERADO PELA DR.

RECOLHIDA AUSCULTAÇÃO DIA 10/11/17, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL SEM QUESAS ALGUMAS.

COM ANTICIPO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA NO HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/11/17, ÀS 10:00, COM O
ESTADO GERAL BOM.

PROBLEMAS DIVERSOS:

- 1- ANTES DE SAIR PREPARAR SE PARA CIRURGIA DE RUA SABORES INFERIORES.
- 2- TÓCICO MEDICAGÁL PESORE LA FIMA MECÔD.
- 3- NÃO RETIRAR CATETER E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSARIO REALIZAR CONSULTA EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- MÁXIMO DEZERNO AMBULATORIAL.
- 6- APENAS A CONSULTA AMBULATORIAL REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SEÇÃO DE ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGIA

10-6

10/11/2017

10/11/2017

Dr. [Signature]

26/11/2017

[Signature]

PROBLEMA REGISTRA ALTA HOSPITALAR SOB CRISEVAGÃO DO DR.

DATA:

MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Audi Modia

O paciente, Reginaldo Andrade Dacab, vítima de
acidente de moto (19/07/2019) com traum. abd.
de M1D e fratura omoplata do lado esquerdo (D-41-
fratura (cíngulo da escápula C1) fratura externa
e gipsos cirúrgicos abd. ventr. (22/8/2019) e coluna lombar
e sacro e/plexo - perineal
Anas (condicione e proteção do S. muscular do
abd.) tec. art. de ortopedia
Cetilbutril gel 200g de Dr. José Lobo 0,41m
ao dia. Cecetyl Cetaparafina Total 1000 (D-41-
p. r. descartar + gelo (D)
notas citar - dr. M1D
M1. Segundo de fratura omoplata do 113 mdcu
distal do fêmur (D) e/traço ext. contubus no articulo
proximal
Pecado e/ fratura importante do momento do
pessoal (D) expandido ao deslocada excentrica
o seu olhamento modificado e/defeita funcional
envolvendo em M1D

DATA:

20/11/2019

Cards Exame de Osteo
Assinatura: [Signature]

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.055 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento é o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

203.45704.84-8

2309298

003-0

RR

Reginaldo Andrade Duarte



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRONZEIRO



REGINALDO ANDRADE DUARTE

FILHAÇÃO: RENATO DUARTE BEZERRA
EDINALVA ANDRADE DA SILVA
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/01/1991
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO: C. I. 3504573 / 17/08/2006 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 19 DE MAIO DE 1995
CPF: 015.002.742-75
TIT. ELEITOR:
LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTERR - RN/09/2009

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA _____

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CRIMBO DO SERVIDOR

ASSINATURA _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CRIMBO DO SERVIDOR

ASSINATURA _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CRIMBO DO SERVIDOR

ASSINATURA _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO: _____

ASSINATURA E CRIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	30.232	DATA DE EXPEDIÇÃO	17/07/2002
NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES			
FILIAÇÃO	ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM		
NATURALIDADE	BOA VISTA-RR		
DOC ORIGEM	CC: 3766 F.260 L.E-12 BOA VISTA-RR.		
CPF	294315282 - 13		
<i>Ramiro Francisco da Silveira Júnior</i> ASSINATURA DO CRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN

DETTRAN - RR

Nº 013774675650

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01

01169900861

45674614656

CLAUDILENE FERNANDES DOS SANTOS
R BRIS DO AR N MOURA
DR SILVIO BOTELHO Nro: 435
BOA VISTA-RR 69314490

897.251.232-04

PLACA
NRS6636

RORAIMA MOTORES LTDA

PLACA ANT/NUF

CHASSI
9C2KC25M0KR003923

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA/MODELO
HONDA/CG 160 START

ANO FAB.
2018

ANO MOD.
2019

CAP/POV/CIL.
2P/0162CC/

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES

AL. PID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PRDIB SAI DA AMAZONIA CID *

Antonio Francisco Beserra Marques
Antonio Francisco Beserra Marques
Dir. Presidente
DETTRAN-RR DATA
30/11/2018

BOA VISTA-RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
S6 5528

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442620/19

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

CPF: 015.002.742-75

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

REGINALDO ANDRADE DUARTE : 015.002.742-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame APRESENTA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, INSTABILIDADE FÍSICO: ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DA Perna DIREITA COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSO.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 50% DO JOELHO DIREITO EM AVALIAÇÃO ANTERIOR, INDENIZAÇÃO ADICIONAL DE 57,2%.

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 - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
		Total	40,04 %	R\$ 5.405,40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame APRESENTA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, INSTABILIDADE FÍSICO: ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DA Perna DIREITA COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSO.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 50% DO JOELHO DIREITO EM AVALIAÇÃO ANTERIOR, INDENIZAÇÃO ADICIONAL DE 57,2%.

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 - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
Total			40,04 %	R\$ 5.405,40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL DIREITO. PR 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PR 5 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5 ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DISTAL DIREITO. PR 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PR 5 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

**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:	3190688912
Nome do(a) Examinado(a):	REGINALDO ANDRADE DUARTE
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BRIGADEIRO DO AR NERO MOURA 435 DOUTOR SÍLVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	015.002.742-75
Data e local do acidente:	19/07/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D

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

VITIMA FEZ USO DE FIXADOR E POSTERIOR OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES); ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

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

MID: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO D + INSTABILIDADE ARTICULAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ENCURTAMENTO DO MEBRO DE 3-4CM: CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR + USO DE MULETAS

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 ANATOMO-FUNCIONAL GRAVE

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 transito 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 () 50% médio (X) 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.



Dra. Regina Cláudia 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

**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:	3190688912
Nome do(a) Examinado(a):	REGINALDO ANDRADE DUARTE
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BRIGADEIRO DO AR NERO MOURA 435 DOUTOR SÍLVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	015.002.742-75
Data e local do acidente:	19/07/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D

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

VITIMA FEZ USO DE FIXADOR E POSTERIOR OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES); ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

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

MID: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO D + INSTABILIDADE ARTICULAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ENCURTAMENTO DO MEBRO DE 3-4CM: CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR + USO DE MULETAS

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 ANATOMO-FUNCIONAL GRAVE

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 transito 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 () 50% médio (X) 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.



Dra. Regina Cláudia 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

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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000002019-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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.

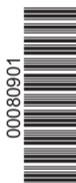
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688912 **Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE**

Data do Acidente: 19/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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\$ 5.405,40

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 57,2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (57,2% de 70%) 40,04%

Valor a indenizar: 40,04% x 13.500,00 = R\$ 5.405,40

Recebedor: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Valor: R\$ 5.405,40

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 000002019-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3190688912

3 - CPF da vítima:

01500274275

4 - Nome completo da vítima:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

6 - CPF:

01500274275

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. BRIGADO AR NERO MOURA

9 - Número:

435

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SINUO BOTENHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69314490

15 - E-mail:

MUANNA.50022AF1@HOTMAIL.COM

16 - Tel (DDD):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

—

18 - CPF do Representante Legal:

—

19 - Profissão do Representante Legal:

—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 00002019

(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 Lider 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 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Indicar se o beneficiário do seguro não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BOA VISTA, 13/10/2020

Rua malta Andrade Duarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

mauas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Enc 001 1000371010

TESTEMUNHAS

Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora
LIDER
Administradora 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:

01500274275

4 - Nome completo da vítima:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

5 - Nome completo:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. BRIGADO AR NERO MOURA

11 - Bairro:

SINHO BOTENHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69314490

15 - E-mail:

MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

6 - CPF:

01500274275

9 - Número:

435

10 - Complemento:

16 - Tel.(DDD):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 deu nascituro (váinacer)?

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:
BOA VISTA, 26/11/2019.
Reginaldo Andrade Duarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora
LIDER
Administradora 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:

01500274275

4 - Nome completo da vítima:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

5 - Nome completo:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R. BRIGADO AR NERO MOURA

11 - Bairro:

SINHO BOTENHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

ROR

14 - CEP:

69314490

15 - E-mail:

MUANNA.SOUZA71@HOTMAIL.COM

6 - CPF:

01500274275

9 - Número:

435

10 - Complemento:

16 - Tel.(DDD):

95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

—

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3906

CONTA: 00002019 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 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 Lider 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 deboou nascituro (vainacer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

BOA VISTA, 26/11/2019

Residente subroto Quarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 07:53 Data/Hora Fim: 14/10/2019 07:56
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM/RR Nº 811056-J Data: 19/07/2019
Delegado de Policia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 19/07/2019 18:23

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA MAURO CAMPELLO CRUZAMENTO COM A AV:RIO MUCAJAI
Complemento: CRUZAMENTO

Bairro: Jóquei Clube

Tipo do Local: Via Pública

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

1232: DIRIGIR VEÍCULO SEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA DIRIGIR OU
CNH OU, AINDA, SE CASSADO O DIREITO DE DIRIGIR, GERANDO PERIGO
DE DANO (Art. 309 da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: REGINALDO ANDRADE DUARTE (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 01/01/1991

Profissão: Tatuador

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Edinalva Andrade da Silva

Nome do Pai: Renato Duarte Bezerra

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 350457-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 1061

Logradouro: RUA, DO ARNEIRO MOURA NUMERO 435 Dr SILVIO

Bairro: Pintolândia

Nome Civil: IRANILSON DA SILVA VERAS (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 17/02/1999

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Vanda da Silva

Nome do Pai: Jose Iran de Andrade Veras

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 454569-9

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 700.175.622-95

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 691

Logradouro: Av. Brigadeiro

Bairro: São Bento



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

Telefone: (95) 99146-8064 (Celular)

Razão Social: ROP/PM/RR Nº 811056-J (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop/pm/rr Nº 811056-J

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 897.251.232-04	Placa NAS6636
Renavam 01169980861	Número do Motor KC25E0K003955
Número do Chassi 9C2KC2500KR003923	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 START
Modelo HONDA/CG 160 START	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/11/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Reginaldo Andrade Duarte	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 015.061.922-70	Placa NAN6972
Renavam 00455402639	Número do Motor KC16E5C533312
Número do Chassi 9C2KC1650CR533312	Ano/Modelo Fabricação 2012/2012
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 18/02/2019	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Iranilson da Silva Veras	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a)

Informo-vos que fomos acionados pela central para atender uma ocorrência de trânsito no endereço acima citado. Ao chegarmos ao local constatamos um acidente de trânsito envolvendo os veículos acima citados. Segundo informação dos envolvidos o condutor item (1), TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA HONDA /CG 150 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA NAN-6972 PELA AV : RIO MUCAJAI SENTIDO BAIRRO: JOQUEI CLUBE E AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM A RUA MAURO CAMPELLO ,TENTOU REALIZAR UMA CONVERSÃO A ESQUERDA , MOMENTO QUE FOI COLIDI DO NA LATERAL ESQUERDA DE SUA MOTOCICLETA PELO ITEM 02 QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA /CG 160 START DE COR VERMELHA E PLACA NAS 6636 PELA RUA: MAURO CAMPELLO SENTIDO BAIRRO CENTENÁRIO E QUE NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO. INFORMO QUE O SAMU TEVE NO LOCAL E QUE CONDUZIU O ITEM 02 AO HGR COM POSSÍVEL FRATURA E QUE NÃO FOI POSSÍVEL O ACIONAMENTO DA PERCISA POIS O LOCAL JÁ HAVIA SIDO VIOLADO E QUE FOI FEITA AS CONSULTAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS E ESTAVAM DEVIDAMENTE LICENCIADOS POREM AMBOS CONDUTORES NÃO POSSUI CNH OU PPD PARA DIRIGIR, SENDO FEITAS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS CABÍVEIS E QUE O VEÍCULO DO ITEM 01 FICOU NA RESPONSABILIDADE DO SENHOR ALDRIODA CRUZ MELO CNH 06630999571 E O VEÍCULO DO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

ITEM 02 RENATO DUARTE BEZERRA CNH 00612552750 .APRESENTO O ITEM 01 EM PERFEITO ESTADO FÍSICO PARA PROVIDENCIAS.ERA OQUE TINHA A RELATAR.

ASSINATURAS



Francinelson Cardoso Froz

Agente Carcerário

Matrícula 042000582

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Período(s) Número(s) de cobertura: DAMS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número de Identificação Social (NIS): **04500274275** 3 - CPF do Vítima: **04500274275** 4 - Nome completo da vítima: **REGINANDO ANDRADE DUARTE**

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

5 - Nome completo:	REGINANDO ANDRADE DUARTE		6 - CPF:	04500274275	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
AUTÔNOMO	R. BRIGADO AR. NEURO MOURA	433			
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:		
SILVIO BOTENHO	BOA VISTA	RR	69314490		
15 - E-mail:	luanna.souza71@hotmail.com		16 - Telefone:	95 991168367	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PARE, 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 do direito, residi: no endereço acima informado, comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REPROSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.001,00

DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO É O TITULAR DA CONTA REPRESENTANTE LEGAL É O BENEFICIÁRIO DA CONTA BENEFICIÁRIO DA CONTA É CURADOR DO TITULAR

CONTA POUPO-PAÇA (Salvo indicação em hachura acima, adicione taxa aposta)

Bradesco (247) Itaú (341) CO-NTA CORRENTE (Indicar o banco)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3906** CONTA: **00002019** 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito de verificação) (informar o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a credenciar na conta bancária为之 credite, de minha titularidade, o valor da indenização/penalisação de Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o crédito, desse e já e sorridente após a efetivação do crédito, quaisquer ônus de valor recaído.

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

Declaro, sob as penas de 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 10.616/74), 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 perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com preço superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o amanuescrivimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada pelo carrossel de laudos do IML, comprovando, desse modo, que me submetter à análise médica profissional, caso necessário, às custas da Seguradora Líder, para verificação de constância e quantificação das lesões permanentes decorrentes e evidente de trânsito, gerada por violência automotriz, conforme o disposto na Lei nº 10.616/74.

Declaro que este autorização não significa prévia concordância com a "Carta de Declaração médica" ou "Declaração ao direito" de contestar a avaliação a mim, caso discordar da sua constatação.

DECLARAÇÃO DE UNIÃO DE BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

23 - União: Casado Separado Divorciado Solteiro União dissolvida

24 - Grado Parentesco com a vítima: 25 - Vítima deixou compatriário(a): Sim Não 26 - Se a vítima deixou herdeiro(a), informar o nome completo:

27 - Vítima: Só filha Se filha, informar se vivos: Sim Não 28 - Vítima: Só filhos Se filhos, informar se vivos: Sim Não 29 - Vítima: Só filhos Se filhos, informar se vivos: Sim Não

Estou ciente de que o Seguro DPVAT é um papel, caso novato, a indenização do Seguro DPVAT por morte éiquipes beneficiários que se apresentarem a autoridade competente, estando-lhe, ainda, de que qualquer utilização ou desmatagem não verdadeira nela é gerada a configuração de restrição de uso ou recolhimento de responsabilidade criminal prevista no artigo 259 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina o pedido (a regol)	35 - Nome legível de quem assina o pedido (a regol)	36 - CPF legível de quem assina o pedido (a regol)	37 - Assinatura de quem assina o pedido (a regol)
---	---	--	---

40 - Local e Data: **BOA VISTA, 26/11/2016**

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (se houver): **Reginaldo Andrade Duarte**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Reginaldo Andrade Duarte**

NÃO ALFAI-TIZADO TESTEMUNHAS