

☐ 1. Vertruen
☐ 2. Vertruen
☐ 3. Vertruen
☐ 4. Vertruen
☐ 5. Vertruen
☐ 6. Vertruen

[illegible]

☐ Meeting room
☐ Boardroom
☐ Conference room
☐ Classroom
☐ Lecture hall
☐ Auditorium

Ligia Amor
Crescent, 485 539
Love

Analise de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AD - 204 000 2348 MPV	20150
		15

ANÁLISES - 140RA JÁ CONSULTA

Ansiedade - Fobia da conselheira - 10
 Ansiedade relatada angustante e a. on. do ácido e
 transtorno em pânico (E)
 Exame Físico
 10/12

Highlights: Disadvantages

~~!SADT - Examines Complementarity~~

EXAME	ULTRA-SOM	ECG	SARFOL	URINA	DECO	OUTROS	
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<p>0. <i>Rizorga 200</i> <i>at 2.50h</i></p>							

Conduta

<input type="checkbox"/> Alta por Desfecho Fátima	<input type="checkbox"/> Amputação
<input type="checkbox"/> Alta com medicação	<input type="checkbox"/> Observação (Rit. 24h)
<input type="checkbox"/> Alta com Fio de Seda	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transfusão de Sangue	<input type="checkbox"/> Alta com Fio de Seda

Idade

Amo do 1º Atendimento? ☐ (Sim) ☐ (Não) Destino: ☐ Família ☐ Hospital ☐ Ambulatório

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo

Assinatura do Médico

Page 2460 of 2500
Date: 2020-09-21 10:10

$$\frac{\partial}{\partial t} \left(\frac{\partial \phi}{\partial t} \right) = \frac{\partial}{\partial t} \left(\frac{\partial \phi}{\partial t} \right)$$


00104 5.252 82881061 6405F27HF/IN 4100-1A00G-H-0/ 705A13195008 000

Edinei Menzys

SERVIÇO DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO	DII	DI
PACIENTE	Edinei Menzys Duarte Oliveira	
DIAGNÓSTICO	Fr. Acetab. (C)	
ALERGIAS	HAS	NEGA
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AMP. SF 0.9% 500ml 1X/6h S/N	
3	CEFAOTIMA 1G EV 8/8h	
4	CLAFIL 20mg T2/T2	
5	DIPIRONA 2ML LV 6/6	12 18
6	TRAMAL 100MG : SF 0.9% 100ml EV OU 2ml(20gts) VO DE 2/2L SC POR INJEÇÃO	
7	FLASID, 10 mg EV 4/8h (S/N)	
8	FRANTIDINA 50MG EV 8/8h	14 22
9	SIMETICONA GOTAS 25 GOTAS VO DL 8/8 h (S/N)	
10	USV + CCGG 6/6 h	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 112 MMMHG	
12	CURATIVO DIÁRIO	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CONTROLE COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200 200; 2UI, 251-350 4UI; 351-450 6UI; 451-600 8UI; >400, 10 UI L.O. GLICOSE < 70 DML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Adm. Bloco para programação cirúrgica

PO: 151 x 100 mmHg
T: 36.2
FC: 98 bpm
Sinais vitais: 151 x 100 mmHg
T: 36.2
FC: 98 bpm
Sinais vitais: 151 x 100 mmHg
T: 36.2
FC: 98 bpm

BLD corrigido

Maca 02

SINAIS VITAIS	PA	FC	2	12
6 H	114 x 70	93	36.2	10
12 H				
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

ALERGICO

401-4

A DIAPYRONE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HISTÓRICO DE DOENÇAS

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

07/11/1994

PACIENTE EDINEI MENEZES DUSRTE DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO FX BARTON

ALERGIAS

HAS

DM2

IDADE

1. EITO

MACA 2

DATA

07/06/2019

HORÁRIO

TEM

1 D'ETA ORAL PARA LIVRE

2 AVP

4 SIMETICCONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 IRS S/N

7 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N

8 DIPYRONE 1 AMP EV 6/6H

10 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

11 TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

12 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

13 CURATIVO DIÁRIO

14 SSVV + CCGG 8/6 H

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 L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO,
ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO,

ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO,

NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUITA: MANTIDA

Obs: Paciente relatou
alergia à dipyrone.

Ass:
Médico Responsável

SINAIS VITAIS	12h	8h	8h	36h
6 H	PA	FC	FR	
12 H	121/80	97	19	36,5
17 H	124/87	84	18	36,5
24 H	133/84	62	-	36,5

7-05-13h foi admitido
verificado todos S.V.

Maria Maria S. Macedo
Assistente de Enfermagem
COREN/RN 006.411.834

[illegible]

11/05/2013

Dados		Endereço		Data		Folha	
Nome Completo		Cidade		UF		Folha	
<p>1. História Clínica</p> <p>Isolamento da Prata: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Necessidade de Imunoprotetor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Possível acompanhamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Comorbidades: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem comorbidades <input type="checkbox"/> Acumulado</p>							
<p>SISTEMA NEUROLÓGICO</p> <p>Consciência: <input type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> Desorientada <input type="checkbox"/> Comatoso</p> <p>Estado: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Letárgico <input type="checkbox"/> Comatoso</p> <p>Agitação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Irritável <input type="checkbox"/> Agitado</p>							
<p>SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p>Alimentação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA URINÁRIO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA RESPIRATÓRIO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA CIRCULATÓRIO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA ENDÓCRINO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA REPRODUTIVO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA SENSITIVO</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>							
<p>SISTEMA DE DEFESA</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>Exatidão: </p>							

ALÉRGICO A DAPIRONA

401-4



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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH		DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALÉRGIAS	DAPIRONA	HAS		DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	08/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				300
2	AVP				DIATER
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				23:40
5	DIPIRONA 1G EV DE 6/6 H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8 H S/N				S/N
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML LV DE 8/8 H SE DOR INTENSA				S.T.F
9	CURATIVO DIÁRIO				ROTIWA
10	SSVV + COCC 6/6 H				12:30 9/4/19
11	Exame físico de 06/06/19				
12					
13					
14					
15					
16					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AMBAS PLANTONISTAS</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REAATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALICRAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG. IOTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
APÉRRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUÇÃO: MANTIDA

06	141/75	78	36
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130x90	68	36
18 H	122x79	70	36
24 H	169x109	64	36

07 de 07. Afundou 55% e cal.
medicamentosa. Segue com cuidados
de enfermagem.
Dr. Francisco
exame: 776-767

07 de 07. Afundou 55% e cal.
medicamentosa. Segue com cuidados
de enfermagem.

Luiz C. Messias
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 527502-202

*** ALERGICO A DÍPIRONA!**

M

401
4



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		08/06/2019	DIH	DN	07/11/1984
PACIENTE	EDINEI MENÉZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS		HAS	DM2	SIM	
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	12/06/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				
5	DIPIRONA 1G EV DL 6/8H S/N				
6	OMI-PRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MC EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG - SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CURATIVO DIÁRIO				
10	SSVV + CCGG 6/6 !!				
11					
12					
13					
14					
15					
16	<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</p> <p>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Ch.	140/80	86	20	36,6
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	137x80	75	18	36,5
18 H	135x77	73	18	35,2
24 H	140/90	87	20	36,4

18h, 24h
paciente em SSVV por h/ queixas algóricas no

Atendendo

Dr. Roberto
Ribeiro - ROR
ROR - ROR 050.592

ALERGICO 401-4

A DIAPYRONE

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		EDINEI MENEZES DUSRTE DE OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO		FX BARTON			
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	MACA 2	DATA	07/06/2019	
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL PARA LIVRE				
2	AVP				
4	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/H HRS S/N				
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
8	DIPYRONE 1 AMP EV 6/6H				
10	PLASIL 13MG EV 8/8H S/N				
11	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR IN ILSA				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CECG 6/6 H				
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 E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AMISAR PLANTONISTA				

Fora de rotina
Alergia a dipyrone

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETIDO NO LEITO,
ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BFG, LIL, ACIANÓTICO,
ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

Obs: Paciente relatou
alergia a dipyrone

Ass: [Assinatura]
[Rubrica]

SINAIS VITAIS	12h	18h	24h	30h
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/80	97	19	36,3
17 H	124/82	84	18	36,3
24 H	133/84	62	-	36,3

For 13h [Assinatura]
verificado [Assinatura]

Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
CDE-RR 120.411.034



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

06/06/2019

DIH

DN

07/11/1994

PACIENTE **EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA**

DIAGNÓSTICO **FRATURA DE BARTON ESQUERDA**

ALERGIAS

HAS

DM2

SIM

IDADE

24

LEITO

401-4

DATA

11/06/2019

ITEM

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N

4

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG

5

DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N

6

OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA S/N

7

PLASIL 10MG EV 8/8H S/N

8

TRAMAL 100MG + SFG 9% 100ML FV DE 8/8H SE DOR INTENSA

9

CURATIVO DIÁRIO

10

SSVV + CCGG 6/6 H

11

12

13

14

15

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/M, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REAL VO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

Carla Brito da Rosa
Médico
CRM-RR 449

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	72	-	36,1
18 H	130/70	72	18	35,9
24 H	120/70	74	18	36,2

SSVV 06h
PA 120/80
SC 76
T 36,2

07 de 13
Realizado SSVV
Roraima conforme
prescrição

Dr. [Assinatura]
Téc. [Assinatura]
CRM-RR 449



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH		DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS	dipirona	HAS		DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	14/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				MON
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
4	CAPTOPRIL 25-mg VO 5E PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8hr				14.22.06
6	OMEPRAZOL 40MG (v 3 x AO DIA S/N				S/N
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML FV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
9	CURATIVO DIÁRIO				M
10	SSVV + COGG 6/6 H				14.22.06
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
 REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
 ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: RFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
 AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120/70	66	18	36.2
18 H	110/64	65	19	35.6
24 H	120/82	70	20	36.0

OBTA 130/80, 61, 36°C

Obs: feito acompanhamento sobre segurança do paciente (guarda, higiene
 as mãos 14/06/2019 Am



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



DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH		DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM	
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	16/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	VAF				
3	DIAPÉDICO 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
4	VAF 25 mg VO S; PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				
5	aspirina 500 ou 750mg 1cp 8/8hr				
6	CLOMIDAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	CLASII 12MG EV 8/8H S/N				
8	DAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA				
9	FEIATIVO DIÁRIO				
10	FARM - COEG 0/0 H				
11					
12					
13					
14					
15					
16	DIAPÉDICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
17	CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 261-300 4UI; 301-350 6UI;				
18	351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE > 70 D/ML, GLICOSE				
19	≥ 70 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO A CLÍNICA

PERCONTRO PALENTE DETADO NO-FITO; ALIVO,
REATIVO, CRIE, CAIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
EXAME DE CORPO: FORT, AC-ANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, ELA, CORVACORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE CURA: SEM PREVISÃO
CONDIÇÃO, 17/06/2019

06h	68	19mpm	35,9°C
SINAIS VITAIS	FC	FR	
6h	71	19mpm	35,9°C
12h	75	19mpm	35,8°C
18h	69	19mpm	35,8°C
24h			

00 às 13:00h
Sinais vitais
paciente em repouso
CPR 17/06/2019

+ Afecção Sinais vitais;

Dr. Sarah
Sarah Moraes Catarino
CRM-RR 007.004-72

401-4



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		06/06/2019		DIH		DN		07/11/1994	
PACIENTE EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA									
DIAGNÓSTICO FRATURA DE BARTON ESQUERDA									
ALERGIAS		dipirona		HAS		DM2		SIM	
IDADE		24		LEITO		401-4		DATA 06/06/2019	
ITEM		HORÁRIO							
1		DIETA ORAL LIVRE							
2		AVP							
3		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N							
4		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
5		paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8hr							
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N							
8		TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
9		CURATIVO DIÁRIO							
10		SSVV + CCGG 6/6 H							
11									
12									
13									
14									
15									
16									
<p>SE DIABÉTICO CORRLÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISIA</p>									

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#EXAME FÍSICO: B.G., LOTF, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRI, (UPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO)

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/70	60	20	36,5
18 H	120/90	76	20	36,2
24 H	130/70	73	20	36,5
06	140/88	85	19	36,2

Dr. Pedro J. G. G. G.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 15157 RQE 584

24014



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		06/06/2019		DIH	DN	07/11/1994
PACIENTE EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA						
DIAGNÓSTICO FRATURA DE BARTON ESQUERDA						
ALERGIAS	dipirona	HAS		DM2	SIM	
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	17/06/2019	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5:00
2	AVP					2:00 PM
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N					
4	CAPTOPR - 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8h					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					5:00
7	OLASOL 10MG EV 8/8H S/N					
8	TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9	CURATIVO DIÁRIO					14
10	SSVV + CCCC 6/6 H					14:00
11						
12						
13						
14						
15						
16						
<p><u>SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200 250; 2UI; 251 300 4UI; 301 350; 5UI; 351 400; 8UI; ≥ 400; 10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SEG. LOTE. ACIANÓTICO. ANICTÉRICO, ATERRO, FUPNE CO, NORMOCORADO, H-DATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

Campanha uniana

06h 120x90 62 35,5C

SINAIS VITAIS	6 H	PA	FC	FR	
14:20 H	130x90	100	18	36,2	
17:10 H	140/80	88	19	35,1	
24 H	120x70	69		35,1	

Dr. Odiney de Almeida
Médico Ortopedista
CRM 1081113

Carlos Brito da Silva
Médico
CRM 1081113

07as 53h
Verificado SSVV
Pac aguardando cirurgia.
Tie Roraima

Das 12 as 14 Hs
Agência SU de Roraima
Transmissão de Roraima
Ass. de Enfermagem
COORDENADOR 192.814-40

Mário de Almeida, Roraima
CRM 1081113
COORDENADOR 158.431-TE



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

DN 07/11/2004

DATA ADMISSÃO	06/08/2019	DI	
PACIENTE	JOSÉ MELES DUARTE DE OLIVEIRA		
DIAGNÓSTICO	FRACTURA DE BARTON ESQUERDA		
ALERGIAS	Sulfonamidas	HAS	DM2
IDADE	33	401.4	DATA 18/06/2019
ITEM	HISTÓRICO		
1	HISTÓRICO		
2	HISTÓRICO		
3	HISTÓRICO		
4	HISTÓRICO		
5	HISTÓRICO		
6	HISTÓRICO		
7	HISTÓRICO		
8	HISTÓRICO		
9	HISTÓRICO		
10	HISTÓRICO		
11	HISTÓRICO		
12	HISTÓRICO		
13	HISTÓRICO		
14	HISTÓRICO		
15	HISTÓRICO		
16	HISTÓRICO		
17	HISTÓRICO		
18	HISTÓRICO		
19	HISTÓRICO		
20	HISTÓRICO		
21	HISTÓRICO		
22	HISTÓRICO		
23	HISTÓRICO		
24	HISTÓRICO		
25	HISTÓRICO		
26	HISTÓRICO		
27	HISTÓRICO		
28	HISTÓRICO		
29	HISTÓRICO		
30	HISTÓRICO		
31	HISTÓRICO		
32	HISTÓRICO		
33	HISTÓRICO		
34	HISTÓRICO		
35	HISTÓRICO		
36	HISTÓRICO		
37	HISTÓRICO		
38	HISTÓRICO		
39	HISTÓRICO		
40	HISTÓRICO		
41	HISTÓRICO		
42	HISTÓRICO		
43	HISTÓRICO		
44	HISTÓRICO		
45	HISTÓRICO		
46	HISTÓRICO		
47	HISTÓRICO		
48	HISTÓRICO		
49	HISTÓRICO		
50	HISTÓRICO		
51	HISTÓRICO		
52	HISTÓRICO		
53	HISTÓRICO		
54	HISTÓRICO		
55	HISTÓRICO		
56	HISTÓRICO		
57	HISTÓRICO		
58	HISTÓRICO		
59	HISTÓRICO		
60	HISTÓRICO		
61	HISTÓRICO		
62	HISTÓRICO		
63	HISTÓRICO		
64	HISTÓRICO		
65	HISTÓRICO		
66	HISTÓRICO		
67	HISTÓRICO		
68	HISTÓRICO		
69	HISTÓRICO		
70	HISTÓRICO		
71	HISTÓRICO		
72	HISTÓRICO		
73	HISTÓRICO		
74	HISTÓRICO		
75	HISTÓRICO		
76	HISTÓRICO		
77	HISTÓRICO		
78	HISTÓRICO		
79	HISTÓRICO		
80	HISTÓRICO		
81	HISTÓRICO		
82	HISTÓRICO		
83	HISTÓRICO		
84	HISTÓRICO		
85	HISTÓRICO		
86	HISTÓRICO		
87	HISTÓRICO		
88	HISTÓRICO		
89	HISTÓRICO		
90	HISTÓRICO		
91	HISTÓRICO		
92	HISTÓRICO		
93	HISTÓRICO		
94	HISTÓRICO		
95	HISTÓRICO		
96	HISTÓRICO		
97	HISTÓRICO		
98	HISTÓRICO		
99	HISTÓRICO		
100	HISTÓRICO		

EVOLUÇÃO

RECONTOU A DOR DE BASTA NO LEITO, ATIVO.
RELATOU COM ALGUMAS DORES, SEM
ALTERAÇÃO.
EXAME FÍSICO: AFIANÇADO, ANICTÉRICO.
APARELHO DIGESTIVO: BOA, HÍDRATO.
PREVISÃO: BOA, HÍDRATO.
CONDIÇÃO: BOA.

SINAIS V.	FC	FR	T
6 H	67	18	36,2°C
12 H	67	18	36,2°C
18 H	67	18	36,2°C
24 H	67	18	36,2°C
6:00	67	18	35,8°C

Dr. Pedro J. Giovanni
Oncologista
CRM 15151 ROE-BA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/08/2019	DIH	DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA			
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA 20/08/2019
ITEM				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/NP
2	AVP			MANTE
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			S/N
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8hr			14/03/06
6	OMEPRAZOL 40MS EV 1 X AO DIA S/N			S/N
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			S/N
8	LXAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H S/N DOR INTENSA			S/N
9	CURATIVO DIÁRIO			11/07/2019
10	SSVV + CCGG 8/8H			10/07/2019
11				
12				
13				
14				
15				
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L GLICOSE: 50% 40 ML IV + AVCAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

INCON. DO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,

REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM

ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTERICO,

AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDLTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	121x73	74	18	36,1°C
18 H	123x60	68	20	36,0°C
24 H	122x58	70	18	36,1°C

Dr. Odinechy G. G. G.
Médico(a) Responsável
Ortopedia e Traumatologia
Hospital Geral de Roraima



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH	DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA			
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA 19/06/2019
ITEM	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG			
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8h			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N			
7	PLASIL 10MG EV 8/8h S/N			
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML LV DE 8/8h SE DOR INTENSA			
9	CURATIVO DIÁRIO			
10	SSVV + CCGG 8/8h			
11				
12				
13				
14				
15				
16				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO-SE SEM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: RFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
APFBNIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, H.DRAI AUC.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDIÇÃO: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
8 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	93	-	35,6%
18 H	122x65	72	18	36,7%
24 H	116x75	81	20	36,1%
06	123x77	70	19	36,3%

0600. Pac. no leito, comunicativo,
afusado SSVV, midgacho
m.c.v., segue aos
cuidados de enf. de grau

Dr. Mauro Aguiar
Médico
CRM-PA 18118



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



DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH	DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA			
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA
ITEM				21/06/2019
1	DITA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP			5:00
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			10:00
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12:00
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8hr			14:00
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N			16:00
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			18:00
8	TRAMAL 100MG + S/O 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			20:00
9	CURATIVO DIÁRIO			22:00
10	SSVV - COGG 6/6 H			24:00
11				
12				
13				
14				
15				
16				
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUIMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PI ANTONISTA</p>				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
#EXAME FÍSICO: BEG, LUTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, SUPLENCO, NDRMOCORADO, HIDRATADO.
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
8 H	PA	FC	FR	
12 H	110/70	65	19	36,3°C
14 H	130/62	68	19	35,8°C
24 H	100/60	64	18	36,2°C

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1275/RR

06/14 135 x 71 66 18 35,6°C



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH		DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS	dipirona	NAS	DM2	SIM	
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	22/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	D L A C R M J V R F				S/D
2	AVP				Mantida
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 OCTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/D
4	CAPTOPRIL 25 mg VO 5x PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				S/D
5	paracetamol 500 ou 750mg 1x 5/8hr				S/D
6	OMEPRAZOL 40MG IV 1 X 40 DIA S/N				S/D
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/D
8	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DC 8/8H SE DOR INTENSA				S/D
9	CURATIVO DIÁRIO				Curetório
10	ESVY + CCGG 8/8H				Restiva
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONTINUA ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM CONTROLO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG, LOTE, AGNÓTICO, ANICÉRICO,
APÉNDICE, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122/68	73	-	26.8
18 H	130/80	84	-	35.8
24 H	130/76	74	19	36.8

Dr. Ediney Menezes Duarte de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia

Obs. A 30/70 87 19 36.8
aos 7hs foi admitida
medicação de insulina
SS VM
Ana Maria S. Macedo
Auxiliar de Enfermagem
COREP-RR 000.411.614

Dr. Ediney Menezes Duarte de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 161572 E 584



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH		DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALÉRGICAS	dipirona	HAS		DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	23/06/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manter
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				S/N
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8h				3/4 3/4 06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				S/N
7	FLASIL 10MG EV 8/8h S/N				S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
9	CURATIVO DIÁRIO				rotina
10	SSVV + CCGG 8/8h				3/4 3/4 06
11					
12					
13					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (20), CONFORME TABELA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

#EXAME FÍSICO: BEG, LITE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PULSO CO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116x58	71	18	36,9°C
18 H	116x52	86	19	37°C
24 H	100x50	73	19	36,8°C
04	130x76	71	20	36,1°C

Dr. Marcos Aguiar
Médico
CRM/RJ 1186

403-4



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2019	DIH		DN	07/11/2001
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS	dipirona	FIAS		DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA	25/06/2019
ITEM	HORÁRIO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	SIMPLICONA 1 CF OU 40 GOTAS V.O 8/0 HRS S/N				
4	CAPTOPRIL 75 mg VO SE PAS > 150 F OU PAD > 110 MMHG				
5	paracetamol 500 ml 750mg 1cp 8/8hr				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML IV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	CURATIVO DIÁRIO				
10	NSVV + CCGG 0/0 F				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70,0 U/mL, GLICOSE
80% 40 ML IV + AVISAR PLANTONISTAS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

* ENCONTRO PACIENTE: DEITADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
12 H	101/63	78	—	35.8
18 H	129/85	68	18	35.5°C
24 H	140/70	55		36

6 H 129/70 65 35.6

PAR 19-7
administrado medicamento
PM - aferido sinais
vitalis

Lucimara
Téc. Enfermagem
CREM 96390 TE

Dr. Pedro J. Giovanni
Médico Assistente
ORTOPEDIA



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	08/06/2019	DIH		DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA				
DIAGNOSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA				
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM	
IDADE	24	SEXO	401-4	DATA	26/06/2019
FLM					
1	DIETA CRA. LIVRE				
2	AVP				
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTA S V.O 8/8 HRS S/N				
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU FAD > 120 MMHG				
5	paracetamol 500 ou 750 mg 1cp 8/8hr				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG 1 V 8/8H S/N				
8	TRAMAL 50MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H NE DOR INTENSA				
9	CURATIVO DIARIO				
10	SERV + CCGG 8/8 H				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONDIÇÃO ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QL GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICEMIE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBILADO NO LEITO, APVO,
HEATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNÓTICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDIÇÃO: MANTEIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122/64	64	18	35.6
18 H	122/63	71	19	36.0
24 H	120/60	55		35.4
6h	130/80	58		36.4

Dr. Marcos Aguiar
Médico
08/06/2019

DAS 19-H

administrado medicações com
bom sucesso vitais.

Luziana Viana
Téc. Enfermagem
COREN-RR 083300 TE



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN 07/11/2019

DATA DE ADMISSÃO 08/06/2019

DII

PACIENTE EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

DIAGNÓSTICO FRATURA DE BARTON ESQUERDA

ALERGIAS dipirona

HAS

DM2

SIM

27/06/2019

IDADE 24

LEITO

401-4

DATA

HORÁRIO

ITEM

1 DII TA ORAL LIVRE

2 AVP

3 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.C 8/8 4-8 S/N

4 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAS > 110 MMHG

5 paracetamol 500 ou 750mg 1ap 8/8hr

6 OMEPRAZOL 40MG IV 1 X AO DIA S/N

7 PLASIN 10MG EV 8/8 1 S/N

8 TRAMAL 100MG + SFD 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

9 CURATIVO DIÁRIO

10 SSVV + CCGG 6/6 H

11

12

13

14

15

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (50)
 CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 U/mL, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

4 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LETO, ATIVO,
 REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
 ALTERAÇÕES

4 EXAME FÍSICO: RES. LOTE, ACANÓTICO, ANICÉRICO,
 AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

4 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS

8 H	PA	FC	FR
12 H	116/74	70	19
18 H	118/80	76	22
24 H	130/88	66	24

Dr. Daniel C. Silva
 Médico Especialista
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 154110

7 dias 13h foi
 verificado

Ata de Atuação do Conselho
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RN 0.041.142

Assinatura

13:00 às 19:00h
 Realizado administrativo
 da enfermagem, verificado
 nos itens

Ata de Atuação do Conselho
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RN 0.041.142

ANESTESIA DE CIRURGIA DE EMERGÊNCIA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

AVISO DA ANESTESIA

Anestesiado

Alto - R. 100 - 120

Nome: Edineu Menezes Duarte Oliveira

Idade: 52 anos

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

Doença: Doença de Alzheimer

SOB

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, CU DA EQUIPE MÉDICA CONTINUA SAO VERDADEIRAMENTE COM A EQUIPE

1. O NOME DO PROCEDIMENTO

RESISTÊNCIA

1. Sim () Não

2. SE AS CONTAGENS DE INFECÇÃO POR CIRURGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREKTAS

1. Sim () Não

2. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

3. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

4. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

5. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

6. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

7. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

8. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

9. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

10. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

11. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

12. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

13. COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

1. Sim () Não

GARROTE
15:18

PRÉCIZO DE MATERIAL CONSUMÍVEL EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: EDNEI MANEIRAS DUARTE DE OLIVEIRA ID: 24A APOCÍFICO: 401.4 Nº DO PRONTUÁRIO: 310 DATA: 28/06/13

TPO: OST. FANT. BARTON (E) INÍCIO: 15:30 FIM: 16:18 TEMPO DE DURAÇÃO: 48 TEMPO TOTAL: 48

CIRURGIÃO: DR. DALSON ANESTESIA: DR. CELLO RES. ANESTESIA: DR. VETO + R. A. DA INSTRUMENTADOR: PABLO CIRCULANTE: JANK

TIPO DE ANESTESIA: BFB QUANT.: 1 MATERIAL: 1 QUANT.: 1 INSTRUMENTOS: 1

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	INSTRUMENTOS
1	PAQUETE COMPLETO 15x15x15	1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO 300ml
1	PAQUETE GAZE	1	FRASCOS - SORO FINGER LACTADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.0	1	FRASCOS - SORO GLICOLADO
1	LUVA ESTÉRIL 7.5	1	FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTÉRIL 8.0	1	FIO MONONYLON Nº 2.0
1	LUVA ESTÉRIL 8.5	1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS DE PROCEDIMENTOS	1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA PLÁSTICA Nº 24	1	FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE SUÇÃO Nº	1	FIO CATGUT CRUMADO Nº
1	DRENO DE DOPAX Nº	1	FIO PROLENE Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº	1	FIO SEDA Nº
1	SERINGA 10ML	1	SERINGA 10ML
1	SERINGA 5ML	1	SERINGA 5ML
1	SERINGA 30ML	1	SERINGA 30ML
1	SERINGA 20ML	1	SERINGA 20ML
1	ROPI VACINA	1	ROPI VACINA
1	AGULHA 40x12	1	AGULHA 40x12

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA: 1 DEBITAR NA C/C DO PACIENTE: 6660 1118

INSTRUMENTADOR (S): ENFERMEIRA CRISTO MATERIAL MEDICAMENTOS: 6660 1118

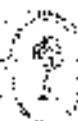
FUNCIONÁRIO(C)S: LUCAPO TAXA DE SALA: 6660 1118

CIRCULANTE(S) DE SALA: REBECA TAXA DE AMPLIAÇÃO: 6660 1118

SOMA: 6660 1118 ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTAS DEBÍL

401-4

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>Edson Mendes Quinto</i>					
SUNOS III					
ALERGIA <i>Alergia</i>					
IDADE	SEXO	PAS	ALTA	DIAP	VEGA
		LEITO		DATA	
PRESCRIÇÃO					<i>10/06/19</i>
1	DIETA ORAL L.V.R.E				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SC 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPYRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SC 0,9% 100ML EV DI 6/6H SE DOR INTENSA				
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO FENHA O ITEM 4				
8	SMECTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 6/6H S/N				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/24H				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Alergia
10/06/19
14
12
18

SE QUADRO CLÍNICO CORRESPONDE A: NÁUSEA DE SÍLATES (SC) CONFORME HISTÓRIA:
200-250 RUM 20-300 GUM 300-350 GUM 350-400 GUM 400-450 GUM 450-500 GUM 500-550 GUM 550-600 GUM 600-650 GUM 650-700 GUM 700-750 GUM 750-800 GUM 800-850 GUM 850-900 GUM 900-950 GUM 950-1000 GUM 1000-1050 GUM 1050-1100 GUM 1100-1150 GUM 1150-1200 GUM 1200-1250 GUM 1250-1300 GUM 1300-1350 GUM 1350-1400 GUM 1400-1450 GUM 1450-1500 GUM 1500-1550 GUM 1550-1600 GUM 1600-1650 GUM 1650-1700 GUM 1700-1750 GUM 1750-1800 GUM 1800-1850 GUM 1850-1900 GUM 1900-1950 GUM 1950-2000 GUM 2000-2050 GUM 2050-2100 GUM 2100-2150 GUM 2150-2200 GUM 2200-2250 GUM 2250-2300 GUM 2300-2350 GUM 2350-2400 GUM 2400-2450 GUM 2450-2500 GUM 2500-2550 GUM 2550-2600 GUM 2600-2650 GUM 2650-2700 GUM 2700-2750 GUM 2750-2800 GUM 2800-2850 GUM 2850-2900 GUM 2900-2950 GUM 2950-3000 GUM 3000-3050 GUM 3050-3100 GUM 3100-3150 GUM 3150-3200 GUM 3200-3250 GUM 3250-3300 GUM 3300-3350 GUM 3350-3400 GUM 3400-3450 GUM 3450-3500 GUM 3500-3550 GUM 3550-3600 GUM 3600-3650 GUM 3650-3700 GUM 3700-3750 GUM 3750-3800 GUM 3800-3850 GUM 3850-3900 GUM 3900-3950 GUM 3950-4000 GUM 4000-4050 GUM 4050-4100 GUM 4100-4150 GUM 4150-4200 GUM 4200-4250 GUM 4250-4300 GUM 4300-4350 GUM 4350-4400 GUM 4400-4450 GUM 4450-4500 GUM 4500-4550 GUM 4550-4600 GUM 4600-4650 GUM 4650-4700 GUM 4700-4750 GUM 4750-4800 GUM 4800-4850 GUM 4850-4900 GUM 4900-4950 GUM 4950-5000 GUM 5000-5050 GUM 5050-5100 GUM 5100-5150 GUM 5150-5200 GUM 5200-5250 GUM 5250-5300 GUM 5300-5350 GUM 5350-5400 GUM 5400-5450 GUM 5450-5500 GUM 5500-5550 GUM 5550-5600 GUM 5600-5650 GUM 5650-5700 GUM 5700-5750 GUM 5750-5800 GUM 5800-5850 GUM 5850-5900 GUM 5900-5950 GUM 5950-6000 GUM 6000-6050 GUM 6050-6100 GUM 6100-6150 GUM 6150-6200 GUM 6200-6250 GUM 6250-6300 GUM 6300-6350 GUM 6350-6400 GUM 6400-6450 GUM 6450-6500 GUM 6500-6550 GUM 6550-6600 GUM 6600-6650 GUM 6650-6700 GUM 6700-6750 GUM 6750-6800 GUM 6800-6850 GUM 6850-6900 GUM 6900-6950 GUM 6950-7000 GUM 7000-7050 GUM 7050-7100 GUM 7100-7150 GUM 7150-7200 GUM 7200-7250 GUM 7250-7300 GUM 7300-7350 GUM 7350-7400 GUM 7400-7450 GUM 7450-7500 GUM 7500-7550 GUM 7550-7600 GUM 7600-7650 GUM 7650-7700 GUM 7700-7750 GUM 7750-7800 GUM 7800-7850 GUM 7850-7900 GUM 7900-7950 GUM 7950-8000 GUM 8000-8050 GUM 8050-8100 GUM 8100-8150 GUM 8150-8200 GUM 8200-8250 GUM 8250-8300 GUM 8300-8350 GUM 8350-8400 GUM 8400-8450 GUM 8450-8500 GUM 8500-8550 GUM 8550-8600 GUM 8600-8650 GUM 8650-8700 GUM 8700-8750 GUM 8750-8800 GUM 8800-8850 GUM 8850-8900 GUM 8900-8950 GUM 8950-9000 GUM 9000-9050 GUM 9050-9100 GUM 9100-9150 GUM 9150-9200 GUM 9200-9250 GUM 9250-9300 GUM 9300-9350 GUM 9350-9400 GUM 9400-9450 GUM 9450-9500 GUM 9500-9550 GUM 9550-9600 GUM 9600-9650 GUM 9650-9700 GUM 9700-9750 GUM 9750-9800 GUM 9800-9850 GUM 9850-9900 GUM 9900-9950 GUM 9950-10000 GUM 10000-10050 GUM 10050-10100 GUM 10100-10150 GUM 10150-10200 GUM 10200-10250 GUM 10250-10300 GUM 10300-10350 GUM 10350-10400 GUM 10400-10450 GUM 10450-10500 GUM 10500-10550 GUM 10550-10600 GUM 10600-10650 GUM 10650-10700 GUM 10700-10750 GUM 10750-10800 GUM 10800-10850 GUM 10850-10900 GUM 10900-10950 GUM 10950-11000 GUM 11000-11050 GUM 11050-11100 GUM 11100-11150 GUM 11150-11200 GUM 11200-11250 GUM 11250-11300 GUM 11300-11350 GUM 11350-11400 GUM 11400-11450 GUM 11450-11500 GUM 11500-11550 GUM 11550-11600 GUM 11600-11650 GUM 11650-11700 GUM 11700-11750 GUM 11750-11800 GUM 11800-11850 GUM 11850-11900 GUM 11900-11950 GUM 11950-12000 GUM 12000-12050 GUM 12050-12100 GUM 12100-12150 GUM 12150-12200 GUM 12200-12250 GUM 12250-12300 GUM 12300-12350 GUM 12350-12400 GUM 12400-12450 GUM 12450-12500 GUM 12500-12550 GUM 12550-12600 GUM 12600-12650 GUM 12650-12700 GUM 12700-12750 GUM 12750-12800 GUM 12800-12850 GUM 12850-12900 GUM 12900-12950 GUM 12950-13000 GUM 13000-13050 GUM 13050-13100 GUM 13100-13150 GUM 13150-13200 GUM 13200-13250 GUM 13250-13300 GUM 13300-13350 GUM 13350-13400 GUM 13400-13450 GUM 13450-13500 GUM 13500-13550 GUM 13550-13600 GUM 13600-13650 GUM 13650-13700 GUM 13700-13750 GUM 13750-13800 GUM 13800-13850 GUM 13850-13900 GUM 13900-13950 GUM 13950-14000 GUM 14000-14050 GUM 14050-14100 GUM 14100-14150 GUM 14150-14200 GUM 14200-14250 GUM 14250-14300 GUM 14300-14350 GUM 14350-14400 GUM 14400-14450 GUM 14450-14500 GUM 14500-14550 GUM 14550-14600 GUM 14600-14650 GUM 14650-14700 GUM 14700-14750 GUM 14750-14800 GUM 14800-14850 GUM 14850-14900 GUM 14900-14950 GUM 14950-15000 GUM 15000-15050 GUM 15050-15100 GUM 15100-15150 GUM 15150-15200 GUM 15200-15250 GUM 15250-15300 GUM 15300-15350 GUM 15350-15400 GUM 15400-15450 GUM 15450-15500 GUM 15500-15550 GUM 15550-15600 GUM 15600-15650 GUM 15650-15700 GUM 15700-15750 GUM 15750-15800 GUM 15800-15850 GUM 15850-15900 GUM 15900-15950 GUM 15950-16000 GUM 16000-16050 GUM 16050-16100 GUM 16100-16150 GUM 16150-16200 GUM 16200-16250 GUM 16250-16300 GUM 16300-16350 GUM 16350-16400 GUM 16400-16450 GUM 16450-16500 GUM 16500-16550 GUM 16550-16600 GUM 16600-16650 GUM 16650-16700 GUM 16700-16750 GUM 16750-16800 GUM 16800-16850 GUM 16850-16900 GUM 16900-16950 GUM 16950-17000 GUM 17000-17050 GUM 17050-17100 GUM 17100-17150 GUM 17150-17200 GUM 17200-17250 GUM 17250-17300 GUM 17300-17350 GUM 17350-17400 GUM 17400-17450 GUM 17450-17500 GUM 17500-17550 GUM 17550-17600 GUM 17600-17650 GUM 17650-17700 GUM 17700-17750 GUM 17750-17800 GUM 17800-17850 GUM 17850-17900 GUM 17900-17950 GUM 17950-18000 GUM 18000-18050 GUM 18050-18100 GUM 18100-18150 GUM 18150-18200 GUM 18200-18250 GUM 18250-18300 GUM 18300-18350 GUM 18350-18400 GUM 18400-18450 GUM 18450-18500 GUM 18500-18550 GUM 18550-18600 GUM 18600-18650 GUM 18650-18700 GUM 18700-18750 GUM 18750-18800 GUM 18800-18850 GUM 18850-18900 GUM 18900-18950 GUM 18950-19000 GUM 19000-19050 GUM 19050-19100 GUM 19100-19150 GUM 19150-19200 GUM 19200-19250 GUM 19250-19300 GUM 19300-19350 GUM 19350-19400 GUM 19400-19450 GUM 19450-19500 GUM 19500-19550 GUM 19550-19600 GUM 19600-19650 GUM 19650-19700 GUM 19700-19750 GUM 19750-19800 GUM 19800-19850 GUM 19850-19900 GUM 19900-19950 GUM 19950-20000 GUM 20000-20050 GUM 20050-20100 GUM 20100-20150 GUM 20150-20200 GUM 20200-20250 GUM 20250-20300 GUM 20300-20350 GUM 20350-20400 GUM 20400-20450 GUM 20450-20500 GUM 20500-20550 GUM 20550-20600 GUM 20600-20650 GUM 20650-20700 GUM 20700-20750 GUM 20750-20800 GUM 20800-20850 GUM 20850-20900 GUM 20900-20950 GUM 20950-21000 GUM 21000-21050 GUM 21050-21100 GUM 21100-21150 GUM 21150-21200 GUM 21200-21250 GUM 21250-21300 GUM 21300-21350 GUM 21350-21400 GUM 21400-21450 GUM 21450-21500 GUM 21500-21550 GUM 21550-21600 GUM 21600-21650 GUM 21650-21700 GUM 21700-21750 GUM 21750-21800 GUM 21800-21850 GUM 21850-21900 GUM 21900-21950 GUM 21950-22000 GUM 22000-22050 GUM 22050-22100 GUM 22100-22150 GUM 22150-22200 GUM 22200-22250 GUM 22250-22300 GUM 22300-22350 GUM 22350-22400 GUM 22400-22450 GUM 22450-22500 GUM 22500-22550 GUM 22550-22600 GUM 22600-22650 GUM 22650-22700 GUM 22700-22750 GUM 22750-22800 GUM 22800-22850 GUM 22850-22900 GUM 22900-22950 GUM 22950-23000 GUM 23000-23050 GUM 23050-23100 GUM 23100-23150 GUM 23150-23200 GUM 23200-23250 GUM 23250-23300 GUM 23300-23350 GUM 23350-23400 GUM 23400-23450 GUM 23450-23500 GUM 23500-23550 GUM 23550-23600 GUM 23600-23650 GUM 23650-23700 GUM 23700-23750 GUM 23750-23800 GUM 23800-23850 GUM 23850-23900 GUM 23900-23950 GUM 23950-24000 GUM 24000-24050 GUM 24050-24100 GUM 24100-24150 GUM 24150-24200 GUM 24200-24250 GUM 24250-24300 GUM 24300-24350 GUM 24350-24400 GUM 24400-24450 GUM 24450-24500 GUM 24500-24550 GUM 24550-24600 GUM 24600-24650 GUM 24650-24700 GUM 24700-24750 GUM 24750-24800 GUM 24800-24850 GUM 24850-24900 GUM 24900-24950 GUM 24950-25000 GUM 25000-25050 GUM 25050-25100 GUM 25100-25150 GUM 25150-25200 GUM 25200-25250 GUM 25250-25300 GUM 25300-25350 GUM 25350-25400 GUM 25400-25450 GUM 25450-25500 GUM 25500-25550 GUM 25550-25600 GUM 25600-25650 GUM 25650-25700 GUM 25700-25750 GUM 25750-25800 GUM 25800-25850 GUM 25850-25900 GUM 25900-25950 GUM 25950-26000 GUM 26000-26050 GUM 26050-26100 GUM 26100-26150 GUM 26150-26200 GUM 26200-26250 GUM 26250-26300 GUM 26300-26350 GUM 26350-26400 GUM 26400-26450 GUM 26450-26500 GUM 26500-26550 GUM 26550-26600 GUM 26600-26650 GUM 26650-26700 GUM 26700-26750 GUM 26750-26800 GUM 26800-26850 GUM 26850-26900 GUM 26900-26950 GUM 26950-27000 GUM 27000-27050 GUM 27050-27100 GUM 27100-27150 GUM 27150-27200 GUM 27200-27250 GUM 27250-27300 GUM 27300-27350 GUM 27350-27400 GUM 27400-27450 GUM 27450-27500 GUM 27500-27550 GUM 27550-27600 GUM 27600-27650 GUM 27650-27700 GUM 27700-27750 GUM 27750-27800 GUM 27800-27850 GUM 27850-27900 GUM 27900-27950 GUM 27950-28000 GUM 28000-28050 GUM 28050-28100 GUM 28100-28150 GUM 28150-28200 GUM 28200-28250 GUM 28250-28300 GUM 28300-28350 GUM 28350-28400 GUM 28400-28450 GUM 28450-28500 GUM 28500-28550 GUM 28550-28600 GUM 28600-28650 GUM 28650-28700 GUM 28700-28750 GUM 28750-28800 GUM 28800-28850 GUM 28850-28900 GUM 28900-28950 GUM 28950-29000 GUM 29000-29050 GUM 29050-29100 GUM 29100-29150 GUM 29150-29200 GUM 29200-29250 GUM 29250-29300 GUM 29300-29350 GUM 29350-29400 GUM 29400-29450 GUM 29450-29500 GUM 29500-29550 GUM 29550-29600 GUM 29600-29650 GUM 29650-29700 GUM 29700-29750 GUM 29750-29800 GUM 29800-29850 GUM 29850-29900 GUM 29900-29950 GUM 29950-30000 GUM 30000-30050 GUM 30050-30100 GUM 30100-30150 GUM 30150-30200 GUM 30200-30250 GUM 30250-30300 GUM 30300-30350 GUM 30350-30400 GUM 30400-30450 GUM 30450-30500 GUM 30500-30550 GUM 30550-30600 GUM 30600-30650 GUM 30650-30700 GUM 30700-30750 GUM 30750-30800 GUM 30800-30850 GUM 30850-30900 GUM 30900-30950 GUM 30950-31000 GUM 31000-31050 GUM 31050-31100 GUM 31100-31150 GUM 31150-31200 GUM 31200-31250 GUM 31250-31300 GUM 31300-31350 GUM 31350-31400 GUM 31400-31450 GUM 31450-31500 GUM 31500-31550 GUM 31550-31600 GUM 31600-31650 GUM 31650-31700 GUM 31700-31750 GUM 31750-31800 GUM 31800-31850 GUM 31850-31900 GUM 31900-31950 GUM 31950-32000 GUM 32000-32050 GUM 32050-32100 GUM 32100-32150 GUM 32150-32200 GUM 32200-32250 GUM 32250-32300 GUM 32300-32350 GUM 32350-32400 GUM 32400-32450 GUM 32450-32500 GUM 32500-32550 GUM 32550-32600 GUM 32600-32650 GUM 32650-32700 GUM 32700-32750 GUM 32750-32800 GUM 32800-32850 GUM 32850-32900 GUM 32900-32950 GUM 32950-33000 GUM 33000-33050 GUM 33050-33100 GUM 33100-33150 GUM 33150-33200 GUM 33200-33250 GUM 33250-33300 GUM 33300-33350 GUM 33350-33400 GUM 33400-33450 GUM 33450-33500 GUM 33500-33550 GUM 33550-33600 GUM 33600-33650 GUM 33650-33700 GUM 33700-33750 GUM 33750-33800 GUM 33800-33850 GUM 33850-33900 GUM 33900-33950 GUM 33950-34000 GUM 34000-34050 GUM 34050-34100 GUM 34100-34150 GUM 34150-34200 GUM 34200-34250 GUM 34250-34300 GUM 34300-34350 GUM 34350-34400 GUM 34400-34450 GUM 34450-34500 GUM 34500-34550 GUM 34550-34600 GUM 34600-34650 GUM 34650-34700 GUM 34700-34750 GUM 34750-34800 GUM 34800-34850 GUM 34850-34900 GUM 34900-34950 GUM 34950-35000 GUM 35000-35050 GUM 35050-35100 GUM 35100-35150 GUM 35150-35200 GUM 35200-35250 GUM 35250-35300 GUM 35300-35350 GUM 35350-35400 GUM 35400-35450 GUM 35450-35500 GUM 35500-35550 GUM 35550-35600 GUM 35600-35650 GUM 35650-35700 GUM 35700-35750 GUM 35750-35800 GUM 35800-35850 GUM 35850-35900 GUM 35900-35950 GUM 35950-36000 GUM 36000-36050 GUM 36050-36100 GUM 36100-36150 GUM 36150-36200 GUM 36200-36250 GUM 36250-36300 GUM 36300-36350 GUM 36350-36400 GUM 36400-36450 GUM 36450-36500 GUM 36500-36550 GUM 36550-36600 GUM 36600-36650 GUM 36650-36700 GUM 36700-36750 GUM 36750-36800 GUM 36800-36850 GUM 36850-36900 GUM 36900-36950 GUM 36950-37000 GUM 37000-37050 GUM 37050-37100 GUM 37100-37150 GUM 37150-37200 GUM 37200-37250 GUM 37250-37300 GUM 37300-37350 GUM 37350-37400 GUM 37400-37450 GUM 37450-37500 GUM 37500-37550 GUM 37550-37600 GUM 37600-37650 GUM 37650-37700 GUM 37700-37750 GUM 37750-37800 GUM 37800-37850 GUM 37850-37900 GUM 37900-37950 GUM 37950-38000 GUM 38000-38050 GUM 38050-38100 GUM 38100-38150 GUM 38150-38200 GUM 38200-38250 GUM 38250-38300 GUM 38300-38350 GUM 38350-38400 GUM 38400-38450 GUM 38450-38500 GUM 38500-38550 GUM 38550-38600 GUM 38600-38650 GUM 38650-38700 GUM 38700-38750 GUM 38750-38800 GUM 38800-38850 GUM 38850-38900 GUM 38900-38950 GUM 38950-39000 GUM 39000-39050 GUM 39050-39100 GUM 39100-39150 GUM 39150-39200 GUM 39200-39250 GUM 39250-39300 GUM 39300-39350 GUM 39350-39400 GUM 39400-39450 GUM 39450-39500 GUM 39500-39550 GUM 39550-39600 GUM 39600-39650 GUM 39650-39700 GUM 39700-39750 GUM 39750-39800 GUM 39800-39850 GUM 39850-39900 GUM 39900-39950 GUM 39950-40000 GUM 40000-40050 GUM 40050-40100 GUM 40100-40150 GUM 40150-40200 GUM 40200-40250 GUM 40250-40300 GUM 40300-40350 GUM 40350-40400 GUM 40400-40450 GUM 40450-40500 GUM 40500-40550 GUM 40550-40600 GUM 40600-40650 GUM 40650-40700 GUM 40700-40750 GUM 40750-40800 GUM 40800-40850 GUM 40850-4090



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/06/2018	DH	DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA			
ALERGIAS	dipirona	HAS	DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA 28/06/2019
TIPO	HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			
3	SIMEI CCNA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 2/8 HRS S/N			
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 L OU PAS > 110 MMHG			
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/0h			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N			
7	FLASID 10MG EV 8/8h S/N			
8	TRAMAL 100MG + SFC 9% 100ML EV DE 8/8h SE DOR INTENSA			
9	CURATIVO DIÁRIO			
10	SSVV + OXGC 6/6h			
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				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM CONTRO PACIENTE DETADO NO LEITO, ATIVO,
REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: REG, TOTT, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO,
AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO,
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	130x80	72	510	36.5
18 H				
24 H				

Dr. Marcos Aguiar
Médico Responsável
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 3555

Dr. Carlos da Graça
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 16.540.000.000.000

Rx de parto (B)

1401-2

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	06/05/2019	DIU	DN	07/11/1994
PACIENTE	EDINEI MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA			
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE BARTON ESQUERDA			
ALERGIAS	alpiroxa	HAS	DM2	SIM
IDADE	24	LEITO	401-4	DATA
ITEM				HORA/R.O.
1	DIETA ORAL LIVRE			3.10
2	AVP			marcar
3	ZIMET CONA 100 OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N			3.10
4	CÁSTOR L 25 mg VO SE P/A > 100 L OU PAD > 110 MMHG			14 22 06
5	paracetamol 500 ou 750mg 1cp 8/8hr			
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/A			
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SR
8	TRAMAL 100MG + SFC 0,5% 10ML EV DT 8/8H SE DOR INTENSA			
9	CURATIVO DIÁRIO			RM
10	SSV + GGGG 6/8 H			3.10
11				
12				
13				
14				
15				
16				

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;
351-400 8UI; > 400 10 UI E CL. GLICOSE < 70 U/LML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO FÍTIO, ATIVO,
HEATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM
ALTERAÇÕES
2 EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANISTÉRICO,
AFEBRIL, TUMÉFICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
4 PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO
CONDUITA MANTIDA

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Osmar O. Chaves
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 07.194.1-0/RR

Dr. Pedro Di Osmar
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 07.194.1-0/RR



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA - SUS
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR Nº 1234

Paciente Edson, Marinho D. Barros
Idade 42 Anos
Sexo Masculino

Admissão em 22/06/19
Motivo Acidente de trânsito

Operado em 22/06/19 por Dr. Edson

Recebe alta hospitalar no dia 22/06/19 às 10h00 com
boa estado geral, sem queixas algumas.

Com encaminhamento para o ambulatório de ortopedia no Hospital
Coronel Mota no dia 20/07/19 às 10h00

por Dr. Edson

Observações: Acidente de trânsito

Operado em 22/06/19

Recebe alta hospitalar no dia 22/06/19 às 10h00

com estado geral bom, sem queixas algumas.

Com encaminhamento para o ambulatório de ortopedia no Hospital
Coronel Mota no dia 20/07/19 às 10h00

por Dr. Edson

Observações: Acidente de trânsito

Operado em 22/06/19

Recebe alta hospitalar no dia 22/06/19 às 10h00

com estado geral bom, sem queixas algumas.

Com encaminhamento para o ambulatório de ortopedia no Hospital
Coronel Mota no dia 20/07/19 às 10h00

por Dr. Edson

<div>  </div> <div> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div>	
<div> VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS </div> <div> 860356320 </div>	<div> NOME ROSANGELA NUNES MASULLO </div>
	<div> DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR 208734 SSP RR </div>
	<div> CPF 321.801.442-53 </div> <div> DATA NASCIMENTO 01/05/1972 </div>
	<div> Plano GENNARO MASULLO ROSARIA SERRAO NUNES </div>
	<div> PERMISSÃO PERMISSÃO </div> <div> ACC ACC </div> <div> CAT. AB AB </div>
	<div> Nº REGISTRO 06050025726 </div> <div> VALIDADE 22/04/2015 </div> <div> PHABILITAÇÃO 22/04/2014 </div>
	<div> OBSERVAÇÕES </div>
	<div> <i>Rosangela Nunes Masullo</i> ASSINATURA DO PORTADOR </div>
	<div> LOCAL BOA VISTA - RORAIMA </div> <div> DATA DE EMISSÃO 23/04/2014 </div>
	<div>  Daniel Santos Deputado - Presidente DETTRAN RR </div>
<div> PROIBIDO PLASTIFICAR </div> <div> 860356320 </div>	<div> DETTRAN RR (RORAIMA) </div>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - RR Nº 013161137700
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 01001382371 2018

NOME
EDEMILSON SANTANA D DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 281.825.612-72 PLACA MAX2964
PLACA ANT. / UF RR 9C6D92510F0001977 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLET/NAU APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2015
CAB / POT / OIL 2P/0149CC/ CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE CINZA

COTA UNICA COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1ª VENC. / COTAS
#PAB0* #HAB0* 2ª *****
V FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 3ª *****
A ** PAB0 CU A UNICA **

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
R\$0.7 R\$185.5 18/01/2019

OBSERVAÇÕES
AL.FID. YAMAHA ADM DE CONSUMO LTDA * P
ROIB SAIR AMAZ OCIDENTAL
BOA VISTA - RR LOCAL DATA 09/04/2019
Assinatura do titular
Assinatura do representante legal
Assinatura do representante legal

RR Nº 013161137700 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
281. PARAGUAI/INFORMACOES, LEIANDO SEUS AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA Nº 01 281.825.612-72 CPF / CNPJ PLACA MAX2964
RENAVAM 01001382371 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED
ANO FAB. 2014 CAL. TUBO 9C6D92510F0001977 Nº CHASSI

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$81.29 R\$9.03 R\$90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL SEM IOF SEM IOF (R\$)
R\$4.15 R\$0.7 R\$185.5

PAGAMENTO COTA UNICA DATA DE OUTRAGO
18/01/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.345.894/0001-04

18/01/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652607 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM PUNHO E + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, EXTENSÃO, CIRCUNDAÇÃO, COMPROMETIMENTO DA APREENSÃO E PINÇA, ATROFIA EM REGIÃO TENAR E COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DO MEMBRO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO PUNHO ESQUERDO E FOI SUBMETIDA A OSTEOSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA. ALTA EM NOVEMBRO DE 2019.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/12/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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:	3190652607
Nome do(a) Examinado(a):	EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA
Endereço do(a) Examinado(a):	R CB POLICIA MILITAR LAWRENCE MELO 682 CARANA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	022.863.572-18
Data e local do acidente:	06/06/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 09/12/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA DO PUNHO E

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM NOVEMBRO DE 2019

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

PUNHO/MÃO E: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM PUNHO E + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO/CIRCUNDAÇÃO + COMPROMETIMENTO DA APREENSÃO/PINÇA + ATROFIA EM REGIÃO TENAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DO MEMBRO

IV) Nexô 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.

MSE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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




Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

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

Carimbo com nome e CRM

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
561930

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411651/19

Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

CPF: 022.863.572-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA : 022.863.572-18

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: 22/11/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

ROSANGELA NUNES MASULLO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE Nome: EDINEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Identidade: 4116640 SSP/RR CPF: 022.863.572-18

Endereço: Rua: CB PM LAURENCE MELO nº: 682 Bairro: CARANÃ

Cidade: BOA VISTA UF: RR CEP: 69.313-640

Vítima: EDINEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

CPF: 022.863.572-18 Data do sinistro: 06/06/2019

Natureza: () DAMS (x) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADA

Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO

Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA

Profissão:

Identidade: 208.734 CPF: 321.801.442-53

Endereço: AV. Manoel Felipe, 1467/5, Asa Branca, Boa Vista/RR.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas e a **SUSEP**, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

Boa Vista RR 34.11.19

Local e data

Ediney Menezes Duarte de Oliveira

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411651/19

Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

CPF: 022.863.572-18

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/06/2019

Titular do CPF: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANGELA NUNES MASULLO : 321.801.442-53

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

EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA : 022.863.572-18

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: 22/11/2019
Nome: ROSANGELA NUNES MASULLO
CPF: 321.801.442-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ROSANGELA NUNES MASULLO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652607

Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652607

Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652607

Vítima: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

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 dos punhos

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: **EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **000000050462-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:
022.863.572-18

4 - Nome completo da vítima:

ED.NEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

ED.NEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

6 - CPF:

022.863.572-18

7 - Profissão:

AUTONOMO

8 - Endereço:

RUA, CB PM LAWRENCE MELO

9 - Número:

682

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CARANÁ

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

14 - CEP:

69.313-640

15 - E-mail:

RECUSOU

16 - Tel.(DDD):

95 98122-7634

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)

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 00050462

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista/RR 30/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ENC 001 10007/2019

TESTEMUNHAS



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040105/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 10:13
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

Data/Hora Fim: 14/11/2019 10:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/06/2019 21:15

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: AV. VENEZUELA

Complemento: NO REDUTOR DE VELOCIDADE ELETRONICO - PROX. UFRR

Bairro: Jardim Floresta

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1472: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - COLISÃO TRASEIRA

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA (COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Masculino

Nasc: 07/11/1994

Profissão: Auxiliar de Logística

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: ILANDIA MENEZES DE OLIVEIRA

Nome do Pai: EDMILSON SANTANA DUARTE DE

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 022.863.572-18

RG - Carteira de Identidade: 4116640

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R CB PM LAWRENCE

Complemento: CASA

Bairro: CARANA

Telefone: (95) 99141-1157 (Celular)

Nº: 682

CEP: 69.313-640

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 281.825.612-72

Renavam 01001382371

Número do Chassi 9C6DG2510F0001977

Cor CINZA

Município Veículo Boa Vista

Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

Quantidade 1 Unidade

Última Atualização Denatran 17/04/2014

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAX2964

Número do Motor G3C5E-002579

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Roraima

Marca/Modelo YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED

Veículo Adulterado? Não

Situação Envolvido

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO -
ALIENACAO FIDUCIARIA

Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 14/11/2019 10:30
Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Nº: 040105/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO


O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCRITO, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRAMENCIONADA, PELA AV. VENEZUELA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA UFRR, NO REDUTOR DE VELOCIDADE ELETRÔNICO "ANJINHO", UM MOTOCICLISTA QUE IA A SUA FRENTE REDUZIU A VELOCIDADE RAPIDAMENTE, VINDO O COMUNICANTE A COLIDIR NA TRAZEIRA DA REFERIDA MOTOCICLETA E CAIR. QUE FIZERAM ACORDO NO LOCAL E NÃO HOUVE LAVRATURA DE ROP. QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL PELO SAMU. QUE COM O ACIDENTE SOFREU LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PUNHO DA MÃO ESQUERDA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS


Volney Amajari Grangeiro Das Neves

Agente de Polícia
Matrícula 042000169

Responsável pelo Atendimento


EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

(Comunicante / Envolvido)

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





FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1043



EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: BRAVO II

EQUIPE:

Elisangela, Rubia

Paciente: Edna Maria de Oliveira

Idade: 24

Sexo: M

Nacionalidade: Brasileira

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: Av. Venezuela

Bairro: Jd. Filadelfia

Nº 9377 DATA 06/06/19

HORA J/B: 21:15

BASE () VIA () RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Paulo

HORA J/M: 21:15

() CELULAR

MOTIVO INICIAL

colisão moto x 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

- ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência pediátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ 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"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cintão de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<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

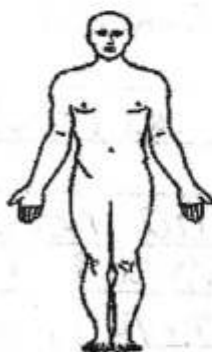
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Apnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Bradipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Set O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 21:23	130x80	94	20	98%				
Fim 21:30	130x80	96	20	98%				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA		ABERTURA OCULAR
1 - Dor		4 - Espontânea
2 - Hematoma		3 - Ao comando
3 - Contusão		2 - À dor
4 - Escoriação		1 - Sem resposta
5 - Laceração		RESPOSTA VERBAL
6 - Luxação		5 - Orientado
7 - Fratura fechada		4 - Confuso
8 - Fratura exposta		3 - Palavras inapropriadas
9 - Amputação		2 - Palavras incompreensíveis
10 - Evisceração		1 - Sem resposta
11 - Afundamento de crânio		RESPOSTA MOTORA
12 - Ferimento penetrante		6 - Obedece a comandos
13 - Tórax instável		5 - Localiza a dor
14 - Enfisema subcutâneo		4 - Movimento de retirada
15 - Ferida aspirativa		3 - Flexão anormal
16 - Empalamento		2 - Extensão anormal
17 - Outros		1 - Sem resposta



AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<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"/> Infecçiosa	<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"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Medicação de uso

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

Elas Carvalhosa Sousa
 Cirurgiã Geral
 CRM 1103

Assinatura e Rubrica Médica (Unidade de Destino)

- ☐ Cancelamento
☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização
☐ Não se encontrava no local
☐ Teste

- ☐ Polícia Militar
☐ Guarda Municipal
☐ SMTRAN

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 11/06/19

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

GESTANTE							
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 laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de Introdução Bougie	<input 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 type="checkbox"/> Oximetria	<input 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 type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

2 paus de lúmen
3 ataduras 8cm

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Nos encontramos com um acidente de trânsito envolvendo moto x moto.
Encontramos vítima masculina 24 anos, consciente orientada, apresentando possível fratura de punho esquerdo. Realizado imobilização do membro.
SSVV punho e de um membro do OT.
A seguir a vítima apenas se identificou como cabo de PM, se alterou e xingou a equipe.

Tel. Olímpio Lima
638987
Corumbá

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
08/11/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000050462-1

Nr. da Autenticação 19414952940D3AB9

**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: 3890723

ILANDIA MENEZES DE OLIVEIRA

R. CB PM LAWRENCE MELO, 682 ,

CARANA

69313640 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 505129	MÊS 10/2019	PERÍODO DE CONSUMO 20-SEP-19 a 23-OCT-19
CONSUMO (kWh) 176	VENCIMENTO 06-NOV-19	TOTAL A PAGAR R\$ 161,95

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 505129	MÊS 10/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 161,95
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836800000017.619500750002.0000000000505.512910190051



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/BIBLIOTECASWEB/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**.

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

² Conselho 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSÂNGELA NUNES MASULLO inscrito (a) no CPF 321.801.442 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.863.572 / 18, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EDNEY MENEZES DUARTE DE OLIVEIRA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.863.572 / 18, 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 <u>AV. MANOEL FELIPE</u>		Número <u>1467</u>	Complemento
Bairro <u>ASA BRANCA</u>	Cidade <u>BOA VISTA</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.309-170</u>
Email <u>canzamasullo@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>85198122-7634</u>	Telefone celular (DDD) <u>99158-4307</u>

BOA VISTA/RR, 18 de Novembro de 2019

Local e Data

Rosângela Nunes Masullo

Assinatura do Declarante